

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE MEDICINA**

**PATOLOGIA DUAL Y SUS CARACTERISTICAS CLINICAS Y
SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL
INSTITUTO PSIQUIATRICO “SAGRADO CORAZON DE JESUS” DE LA
CIUDAD DE QUITO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2012**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**AUTOR:
BUSTOS FLORES MILTON DARIO**

**DIRECTOR: DR. FRANCISCO CORNEJO
TUTOR METODOLÓGICO: DRA. MARÍA LUCILA CARRASCO
TERCER LECTOR: DR. JOSÉ MOSQUERA**

QUITO 2012

TITULO: PATOLOGIA DUAL Y SUS CARACTERISTICAS CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO PSIQUIATRICO “SAGRADO CORAZON DE JESUS” DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2012

LUGAR: Instituto psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, Quito, Ecuador

AUTOR: Milton Darío Bustos Flores ^a

DIRECTOR: Dr. Francisco Cornejo ^b

TUTOR METODOLÓGICO: Dra. María Lucila Carrasco ^c

TERCER LECTOR: Dr. José Mosquera ^d

- a. Egresado de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- b. Médico Psiquiatra, Docente Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- c. Médico Patóloga Clínica, Docente Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador
- d. Médico Psiquiatra, Docente Facultad de Medicina Pontificia Universidad Católica del Ecuador

DEDICATORIA

A mi madre
con mucho amor y cariño
le dedico todo mi esfuerzo
y trabajo puesto para
la realización de esta tesis.

Milton Darío Bustos Flores

AGRADECIMIENTOS

Definitivamente debo dar gracias a Dios por darme la constancia y fuerza para lograr mis objetivos y por las personas que puso en mi camino sin las cuales no hubiera sido posible culminar este proyecto.

Agradezco a mis padres por su apoyo incondicional en toda mi carrera y que a pesar de las adversidades nunca desistieron en ayudarme moral y económicamente para cumplir mis metas y lograr mi formación profesional.

De manera especial quiero agradecer a Erika Sánchez por estar conmigo durante todo este proceso ayudándome y siendo parte de mi vida. Gracias por tu amor y comprensión, te amo.

Agradezco al Dr. Francisco Cornejo por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas ha sido un aporte invaluable en la realización del mismo. A la Dra. María Lucila Carrasco por su entera disposición, atenta lectura, así como por sus acertadas correcciones. Y al Dr. José Mosquera por su buena predisposición para la revisión de este trabajo.

A todos les estaré eternamente agradecido.

INDICE DE CONTENIDO

| | Página |
|---|--------|
| RESUMEN Y ABSTRACT | 1 |
| CAPITULO I: Introducción | 5 |
| CAPITULO II: Marco teórico | |
| 2.1 Patología dual | |
| 2.1.1 Definición y relevancia clínica | 7 |
| 2.1.2 Aspectos epidemiológicos | 8 |
| 2.1.3 Aspectos etiopatogénicos | 10 |
| 2.1.4 Aspectos diagnósticos | 13 |
| 2.2 Relación entre patología dual y trastornos afectivos | |
| 2.2.1 Trastorno depresivo | 17 |
| 2.2.2 Trastorno bipolar | 20 |
| 2.2.3 Trastorno de ansiedad | 27 |
| 2.3 Relación entre patología dual y trastornos psicóticos | 29 |
| 2.4 Relación entre patología dual y trastornos de la personalidad | 32 |
| CAPITULO III: Justificación | 35 |
| CAPITULO IV: Metodología y objetivos | |
| 4.1 Problema | 36 |
| 4.2 Objetivo general | 36 |
| 4.3 Objetivos específicos | 36 |
| 4.4 Hipótesis | 36 |
| 4.5 Metodología | |
| 4.5.1 Tipo de estudio | 37 |
| 4.5.2 Sujetos en estudio | 37 |
| 4.5.3 Calculo del tamaño de la muestra | 37 |
| 4.5.4 Criterios de inclusión | 37 |
| 4.5.5 Criterios de exclusión | 38 |
| 4.5.6 Variables y operacionalización (Ver Anexo 1) | |
| 4.5.7 Procedimiento de recolección de información | 38 |
| 4.5.8 Método de análisis de datos | 39 |
| 4.6 Aspectos bioéticos | 39 |
| 4.7 Aspectos administrativos (Ver Anexo 4) | |

| | |
|---|----|
| CAPITULO V: Resultados | 40 |
| 5.1 Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con patología dual (Grupo PD) y pacientes con trastorno mental sin TUS concurrente (Grupo TM) | 42 |
| 5.1.1 Trastorno mentales no relacionados con sustancias | 44 |
| 5.1.2 Trastorno por uso de sustancias | 45 |
| 5.2 Asociación entre los trastornos mentales no relacionados con sustancias y trastornos por uso de sustancias más prevalentes en los pacientes duales | 46 |
| 5.3 Asociación entre tipo de trastorno mental y la presencia de patología dual | 47 |
| CAPITULO VI: Discusión | 48 |
| CAPITULO VII: | |
| 7.1 Conclusiones | 53 |
| 7.2 Recomendaciones | 54 |
| CAPITULO VIII: Referencias bibliográficas | 55 |
| ANEXOS: | |
| Anexo 1: Operacionalización de variables | 62 |
| Anexo 2: Encuesta sociodemográfica | 65 |
| Anexo 3: Consentimiento informado | 67 |
| Anexo 4: Aspectos administrativos | 70 |
| Anexo 5: MINI entrevista neuropsiquiátrica 5.0 | 71 |

INDICE DE TABLAS

| | Página |
|--|---------------|
| Tabla 1: Prevalencia trastorno por uso de sustancias-trastornos depresivos en estudios epidemiológicos en población general | 17 |
| Tabla 2: Alteraciones halladas en mecanismos neurobiológicos comunes en trastorno por uso de sustancias y depresión mayor | 18 |
| Tabla 3: Indicadores para el diagnóstico de un episodio depresivo concurrente al consumo de sustancias. | 20 |
| Tabla 4: Frecuencia de comorbilidad con trastorno por uso de sustancias en muestras clínicas de pacientes bipolares | 23 |
| Tabla 5: Características sociodemográficas del Grupo Patología Dual y Trastorno Mental | 43 |
| Tabla 6: Relación entre los trastornos mentales y adictivos más prevalentes en el grupo Patología Dual. | 47 |

INDICE DE FIGURAS

| | Página |
|---|---------------|
| Figura 1. Distribución por género (N=138) | 40 |
| Figura 2. Distribución por estado civil (N=138) | 41 |
| Figura 3. Distribución de acuerdo al conviviente (N=138) | 41 |
| Figura 4. Distribución por nivel de estudios (N=138) | 41 |
| Figura 5. Distribución por situación laboral (N=138) | 42 |
| Figura 6. Patología orgánica asociada (N=138) | 42 |
| Figura 7. Trastornos mentales no relacionados con sustancias, distribución porcentual en pacientes con y sin PATOLOGIA DUAL (N=138). | 45 |
| Figura 8. Uso de sustancias, distribución porcentual (N=29) | 46 |

ABREVIATURAS

| | |
|-----------------|---|
| ACAPI | Asociación de conductas adictivas y patología dual |
| CIDI | Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta |
| CIE 10 | Clasificación Internacional de Enfermedades décima versión |
| CRF | Factor liberador de corticotropina |
| DSM-IV | Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4º versión |
| DM | Depresión mayor |
| E.C.A. | Epidemiologic Catchment Area (Área de captación epidemiológica) |
| GRUPO PD | Grupo patología dual |
| GRUPO TM | Grupo trastorno mental |
| HHA | Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal |
| HCL | Historia clínica |
| PRISM-IV | Entrevista de Investigación Psiquiátrica para Trastornos de Sustancias y Salud Mental |
| SCID-I | Entrevista Clínica Estructurada para el Eje 1 del DSM-IV |
| TMCS | Trastorno mental por consumo de sustancias |
| TMNRS | Trastorno mental no relacionado con sustancias |
| TUS | Trastorno por uso de sustancias |
| TA | Trastorno de ansiedad |
| TB | Trastorno bipolar |
| TD | Trastorno depresivo |
| TLP | Trastorno límite de la personalidad |
| TP | Trastorno de pánico |
| TAG | Trastorno de ansiedad generalizada |
| TDM | Trastornos depresivos mayores |

RESUMEN:

Título: Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón de Jesús” de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012.

Objetivo general: Conocer la prevalencia de patología dual tanto en la unidad de salud mental como de drogodependencia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús durante el mes de Septiembre del año 2012.

Antecedentes: La patología dual indica la coexistencia de un trastorno por abuso o dependencia de sustancias y un trastorno mental no relacionado con las mismas e implica una recuperación más lenta del paciente, menor adherencia a los tratamientos, mayor número de recaídas e ingresos psiquiátricos llevando a un elevado coste asistencial.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 138 pacientes internados en las unidades de salud mental y drogodependencia del Instituto psiquiátrico sagrado corazón de Jesús. Después de autorizar los pacientes su participación mediante la firma del consentimiento informado, se llevó a cabo la recolección de datos, la cual se realizó en dos momentos; primero se aplicó la entrevista neuropsiquiátrica estructurada MINI a todos los pacientes que cumplieron criterios de inclusión; utilizando los módulos K y J en los pacientes con trastorno mental sin abuso o dependencia de sustancias y en los pacientes drogodependientes utilizando el resto de apartados de la entrevista. Posteriormente se revisó las historias clínicas de la base de datos del Instituto, para extraer los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes entrevistados.

Los datos se procesaron en el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 19 y utilizando la prueba de Chi cuadrado se estableció asociación estadística entre las variables cualitativas así como la Odds Ratio para medir la fuerza de la asociación. El nivel de significación estadística fue del 5% ($p < 0,05$).

Resultados: De los 138 pacientes estudiados se encontró que un 21% (29 sujetos) presentó patología dual (Grupo PD) de los cuales 37,9% (11 sujetos) procedían de la unidad de drogodependencia y el 62,1% (18 sujetos) de las unidades de salud mental. La edad promedio del Grupo PD fue 31,7 años y el 69% correspondieron al sexo masculino. Los diagnósticos psiquiátricos prevalentes en los pacientes duales fueron riesgo de suicidio (48,3%) y episodio depresivo mayor (41,4%) que presentó asociación estadísticamente significativa con abuso/dependencia de cocaína ($p < 0,03$) y un OR de 5.5 (IC del 95% 1,65-28,4).

Los trastornos psicóticos en el Grupo PD correspondieron al 13,8% y en el Grupo trastorno mental sin patología dual (Grupo TM) el 37,6%; por otro lado el trastorno antisocial de la personalidad alcanzó el 17,2% en el Grupo PD y el 2,8% en los pacientes no duales. En los pacientes con patología dual las drogas de mayor consumo en orden de frecuencia fueron alcohol, cocaína y marihuana presentando el 79,3% (23 sujetos), 55,2% (16 sujetos) y 41,4% (12 sujetos) respectivamente.

Conclusiones: La prevalencia moderadamente alta de patología dual encontrada en este trabajo y la dificultad en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes duales indica la relevancia clínica de esta patología, lo que hace necesario la existencia de adecuados programas y dispositivos de tratamiento así como la formación adecuada de los profesionales en salud mental.

Palabras clave: *Patología dual, Drogodependencia, Comorbilidad psiquiátrica, Trastorno mental*

ABSTRACT:

Title: Dual pathology and clinical and sociodemographic characteristics in patients hospitalized at the Psychiatric Institute "Sacred Heart" of the city of Quito during the month of September 2012.

Objective: To determine the prevalence of dual diagnosis in both the mental health unit and drug of the Psychiatric Institute "Sagrado Corazón de Jesus" during September and October of 2012.

Background: The dual diagnosis indicates the coexistence of abuse disorder or substance dependence and mental disorder not related to them and implies a slower recovery of the patient, fewer adherences to treatment, as many psychiatric relapse and income being high cost of care.

Methods: We performed a cross-sectional study with a sample of 138 patients in mental health units and drug Psychiatric Institute "Sagrado Corazón de Jesus". After patients authorize their participation by signing the informed consent, was carried out data collection, which was conducted in two stages, first applied the structured MINI neuropsychiatric interview all patients who met inclusion criteria, using modules K and J in patients with mental disorder without substance abuse or dependence and drug-dependent patients using the other sections of the interview. Subsequently reviewed the records from the database of the Institute, to extract the psychiatric diagnoses of the patients interviewed.

The data were processed using the statistical program SPSS Statistics version 19 and using the chi-square test was established statistical association between qualitative variables and the odds ratio to measure the strength of the association. The statistical significance level was 5% ($p < 0.05$).

Results: Of the 138 patients studied was found that 21% (29 subjects) had dual pathology (Group PD) of which 37.9% (11 subjects) were from the drug unit and 62.1% (18 subjects) of mental health units. The average age was 31.7 years PD group and 69% were male. Prevalent psychiatric diagnoses in patients were dual suicide risk (48.3%) and major depressive episode (41.4%)

presented statistically significant association with abuse / dependence cocaine ($p < 0.03$) and an OR of 5.5 (95% CI 1.65 to 28.4).

Psychotic disorders in PD group corresponded to 13.8% and in the group without dual diagnosis mental disorder (Group TM) 37.6%, on the other hand, the antisocial personality disorder reached 17.2% in Group PD and 2.8% in patients nondual. In patients with dual diagnosis drug most consumed in order of frequency were alcohol, cocaine and marijuana presenting 79.3% (23 subjects), 55.2% (16 subjects) and 41.4% (12 subjects) respectively.

Conclusions: The high prevalence of dual diagnosis moderately found in this work and the difficulty in diagnosis and treatment of patients indicates dual clinical relevance of this disease, thus requiring the existence of adequate treatment programs and devices as well as training appropriate mental health professionals.

Keywords: dual pathology, substance abuse, psychiatric comorbidity, Mental Disorder

CAPITULO I

INTRODUCCION

La patología dual, se puede definir como una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones. Hoy en día es una realidad clínica que no se puede desconocer y que a la vez supone dificultades tanto en el diagnóstico como en el tratamiento a corto y largo plazo de estos pacientes.

En las últimas décadas, mediante estudios epidemiológicos, se ha clarificado la íntima y también significativa relación entre las conductas adictivas y otros trastornos psicopatológicos. La elevada prevalencia de esta comorbilidad indica que no puede ser desconocida por cualquier clínico que trate las enfermedades mentales.

Se puede decir que el término patología dual hace referencia a un modelo de vulnerabilidad genética y biológica que predispone a diferentes fenotipos psicopatológicos, a la existencia de alteraciones que hace a las sustancias más placenteras que para el resto de los individuos, y estas deficiencias, genéticamente determinadas, son corregidas por el uso de sustancias, conduciendo a la automedicación. Sin embargo los trastornos psiquiátricos también pueden surgir como consecuencia de los efectos tóxicos, directos e indirectos, de la droga consumida, lo cual demuestra la complejidad de esta entidad clínica.

Las diferentes variables que se involucra en la etiopatogenia y desarrollo de la patología dual, ha dificultado realizar correctos abordajes diagnósticos y terapéuticos por lo que actualmente es de especial interés impartir una adecuada formación a los especialistas en salud mental ya que sigue existiendo bastante confusión respecto a la relación de las conductas adictivas y otros trastornos mentales. Esta confusión ha dado lugar, entre otras consecuencias, a la existencia de dos redes clínicas que tratan las enfermedades mentales: la de salud mental y la de drogodependencias,

haciendo que los pacientes duales permanezcan sin un correcto tratamiento al pasar de una red a otra.

La patología dual se constituye en muchas ocasiones en una nueva entidad clínica sindrómica, que requiere conocimientos que van más allá de la suma de las habilidades y competencias necesarias para el adecuado tratamiento de ambos trastornos por separado.

Sabemos que es diferente tratar una esquizofrenia, un trastorno del espectro bipolar, una depresión, o un trastorno de personalidad, cuando se acompañan de una conducta adictiva. También, que a muchos pacientes con conductas adictivas no se les detecta sus trastornos psicopatológicos adecuadamente, por lo que es necesaria una comprensión conjunta que permita un adecuado tratamiento de esta patología.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 PATOLOGIA DUAL

2.1.1 Definición y relevancia clínica

La patología dual, se puede definir como una enfermedad que designa la existencia simultánea de un trastorno adictivo y otro trastorno mental, o la intersección de ambas disfunciones.¹ Es decir el concepto de dualidad, no se refiere al número de trastornos presentes, sino a la distinta naturaleza de las alteraciones diagnosticables, aunque dada la elevada prevalencia de esta situación de comorbilidad, el término se reserva para trastornos por abuso/dependencia de alcohol y/o tóxicos ilegales que se presentan de manera comórbida con trastornos psiquiátricos graves, especialmente de la esfera psicótica y/o afectiva.^{2,3}

Hasta hace poco tiempo, el abordaje de las conductas adictivas al alcohol y otras drogas se consideraba un problema clínico diferente de los trastornos mentales⁴, de hecho el termino Patología Dual no ha dejado de suscitar polémica en el ámbito de la comunidad de profesionales de la Salud Mental, llegando inclusive a ser rechazado en algunos programas de docencia acusado de inoportuno o confuso en su contenido. Sin embargo actualmente hay una mejor aceptación del tema y así lo atestiguan los Journals de circulación internacional dedicados exclusivamente a patología dual. En el ámbito iberoamericano, la Sociedad Española de Patología Dual es la asociación profesional más visible, mientras que en Latinoamérica la ACAPI es la pionera en la región.³

Generalmente los trastornos por abuso de sustancias concomitantes a un trastorno mental, no son diagnosticados adecuadamente, tanto en centros de atención a drogodependientes como en hospitales psiquiátricos, y en el

1. Rivera G., (2010). Memoria científica formación en patología dual grave, programa JOFRE,7

2. Rodríguez R, Aragüés M, Jiménez M, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, Hoenicka J., (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales, Investigación clínica, 195-205

3. Rivera G., (2009). Introducción a la patología dual, WPA Research Fellow Award, Universidad de Melbourne, garroyo@unimelb.edu.au

4. Santis R, Casas M., (2006). Diagnostico Dual, Ponencias, Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario, 1-2

caso de serlo la mayoría de las veces no se prescribe un tratamiento adecuado. Si a este sesgo, muy probablemente ligado a la formación teórica de los profesionales, se une el hecho de que los centros de tratamiento no están diseñados ni preparados para manejar simultáneamente dichos cuadros (muchos programas de Salud Mental tienen como criterio de exclusión la coexistencia de un Trastorno por Consumo de Sustancias y viceversa), se pueden explicar las enormes dificultades y los constantes retrasos que sufren estos pacientes en recibir una ayuda adecuada, con el consiguiente agravamiento del pronóstico y deterioro de la calidad de vida.^{4,5}

2.1.2 Aspectos epidemiológicos

Los pacientes duales o drogodependientes con comorbilidad psiquiátrica, constituyen un grupo de riesgo elevado desde la perspectiva clínica y social. Clínicamente son muy frecuentadores de los servicios de urgencia⁶, requieren más ingresos psiquiátricos⁷, presentan una elevada prevalencia de suicidio^{8, 9,10} tienen un elevado riesgo de infecciones como la del VIH, virus de la hepatitis B y C^{11, 12} y responden mal al tratamiento.¹³ Desde la perspectiva social presentan elevada conflictividad con altas tasas de desempleo y marginalidad así como de conductas criminales y violentas.¹⁴

Los estudios epidemiológicos que aparecen en la literatura científica muestran una gran dispersión de los datos que son difícilmente contrastables¹⁵, debido a factores como el tipo de muestra (clínica o de población general), oportunidad de la evaluación (tiempo de abstinencia),

-
4. Santis R, Casas M., (2006). *Diagnostico Dual, Ponencias, Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*, 1-2
 5. Mateu G, Àstals M, Torrens M., (2005). *Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento*, Adicciones, Vol. 17, Supl. 2
 6. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Collins K, Keys J and Kotria KJ., (2003). *Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders*. Ann Emerg Med, 41, 659-667
 7. Lambert MT, LePage JM and Schmitt AL., (2003). *Five-year outcome following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room*. Am J Psychiatry, 160, 1350-1353
 8. Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C and Corkery J., (1999) *Suicide among drug addicts in the United Kingdom*, Br J Psychiatry, 175, 277-28
 9. Appleby L, (2000). *Drug misuse and suicide: A tale of two services*, Addiction, 95, 175-177
 10. Aharonovich E, Liu X, Nunes E, and Hasin DS, (2002). *Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders*. Am J Psychiatry, 159, 1600-1602
 11. Rubio G, López F, Álamo C, Santo-Domingo J., (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*, Editorial Médica Panamericana.
 12. Mohammed T. Abou-Saleh., (2004). *Dual diagnosis: management within a psychosocial context*, Advances in Psychiatric Treatment, vol. 10, 352-360
 13. Torrens M, Fonseca F, Mateu G and Farre M., (2005). *Efficacy of antidepressant in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis*. Drug Alcohol Depend, 78, 1-22.
 14. Mestre J., (2011). *Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso*, Tesis doctoral, Grupo de investigación Neurociencias, 15
 15. Tenorio J, Marcos J., (2000). *Trastornos duales: Tratamiento y coordinación*, Papeles del psicólogo, 77, 58-63

tipo de instrumento de evaluación utilizado (entrevistas estructuradas o no), tipo de tasa a analizar (p.ej. prevalencia del último mes v/s prevalencia de vida) y diferentes criterios diagnósticos; los cuales explican la gran variabilidad de los resultados obtenidos⁴. Sin embargo hay varios estudios dignos de mención para tener una perspectiva de la problemática. Por ejemplo, en el estudio E.C.A.³⁹ se estudiaron 20.291 personas residentes en 5 grandes ciudades de EEUU de América, entre 1980 y 1985, y comprendió muestras de población general y de centros de tratamiento, incluyendo hospitales psiquiátricos, residencias asistidas, prisiones, y pacientes en comunidades terapéuticas. Se evidencio que entre los abusadores de sustancias, la prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos sería todavía más elevada que en la población general; un 36,6% de las personas con alcoholismo; y un 53,1% de las personas con otras drogodependencias presentaron además algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida, porcentajes superiores al 22,5% de la población general.^{15, 16}

En un estudio realizado en la Comunidad de Madrid para valorar la prevalencia de patología dual, se estudiaron a 837 pacientes provenientes de diferentes centros de atención, tanto de salud mental como drogodependencias, encontrando que el 53,2% de los pacientes cumplían criterios diagnósticos para patología dual.¹⁷

Se ha señalado que aproximadamente el 50% de los individuos con trastornos psiquiátricos cumplirá criterios DSM-IV para abuso/dependencia de alcohol o tóxicos en algún momento de la vida². En Latinoamérica se describe una serie de casos de pacientes con trastornos de la personalidad con un 19% de comorbilidad con Trastorno del Uso de Sustancias.¹⁸

Las altas tasas de prevalencia de patología dual orientan a considerar que todos los programas dirigidos a individuos con enfermedad mental en

2. Rodríguez R, Aragüés M, Jiménez M, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, Hoenicka J., (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales, Investigación clínica, 195-205

4. Santis R, Casas M., (2006). Diagnostico Dual, Ponencias, Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario, 1-2

15. Tenorio J, Marcos J., (2000). Trastornos duales: Tratamiento y coordinación, Papeles del psicólogo, 77, 58-63

16. Casas M, Guardia J., (2005). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo, Revista Adicciones, Vol. 14, Suplemento. 1

17. Szerman N, Arias F, Vega P, Babin F, Pérez B, Villamor I, Morante C, Ochoa E, Poyo F., (2011). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid, Adicciones, vol. 23, N° 3, 249-255

18. Koldobsky N. Trastornos de Personalidad y Trastornos del Uso de Sustancias. Comunicación presentada en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Buscar en: <http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/877/1/16cof145444.pdf> (visualizado el 10 de julio de 2012).

39. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. y Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA, 264, 2511-2518.

asociación a trastorno de uso de sustancias, deberían organizarse como programas de patología dual, ya que ésta es la norma más que la excepción.¹⁷

2.1.3 Aspectos etiopatogénicos

2.1.3.1 Relación entre adicción y patología psiquiátrica a nivel de mecanismos intraneuronales

La vulnerabilidad o la propensión a la adquisición de una conducta adictiva comparten ciertas propiedades neurobiológicas con la vulnerabilidad a padecer un trastorno mental. Algunos estudios en animales de experimentación han demostrado la estrecha relación entre el estrés y la autoadministración de drogas; en una línea no alejada del estudio del estrés, existen diversos hechos experimentales y clínicos que permiten relacionar a los corticosteroides con la vulnerabilidad al abuso de drogas y también al padecimiento de trastornos afectivos, es así que se ha encontrado una correlación directa entre los niveles de corticosterona y el consumo de anfetaminas, así como los niveles de esta hormona previos a la autoadministración de cocaína, con la cantidad de droga administrada.¹¹

Si consideramos al estrés y el funcionalismo del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA) como elementos básicos en la vulnerabilidad del individuo a las drogas¹⁹, encontramos elementos comunes en los mecanismos fisiopatológicos presentes en los trastornos mentales como la depresión.

Por otra parte, la importancia de las neuronas dopaminérgicas mesolímbicas en el complejo de la dependencia y su papel en la vulnerabilidad, se sabe que existe una asociación entre la actividad de las proyecciones dopaminérgicas al núcleo accumbens y una mayor predisposición al consumo de drogas. Todo ello aporta un argumento más a la hipótesis de la existencia de un substrato morfológico común en la patología dual.^{11, 19}

11. Rubio G, López F, Álamo C, Santo-Domingo J., (2002). Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias, Editorial Médica Panamericana.

17. Szerman N, Arias F, Vega P, Babin F, Pérez B, Villamor I, Morante C, Ochoa E, Poyo F., (2011). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid, Adicciones, vol. 23, N° 3, 249-255

19. Alamo C, López-Muñoz F, Martín B, García-García P, Cuenca E., (2002). Depresión y abuso de sustancias: Hipótesis etiopatogénicas del trastorno dual, Interpsiquis, 3º Congreso virtual de Psiquiatría, 2-5

2.1.3.2 Modelos de relación e hipótesis de comorbilidad

El problema de la patología psiquiátrica asociada al uso de sustancias es distinguir cuando está relacionada con la ingesta o con la abstinencia, y cuando se trata de trastornos independientes.

Cuando se habla de patología dual se quiere hacer especial hincapié en que los dos tipos de trastornos están presentes, de forma independiente (no son inducidos por la sustancia) en el momento de hacer el diagnóstico clínico.²⁰

Estos pacientes son los verdaderos pacientes duales, sin embargo varios autores (Meyer, Schukit, Lehman, Zimberg) han realizado análisis de las distintas formas cómo interactúan un trastorno mental no relacionado con sustancias (TMNRS) y un trastorno mental por consumo de sustancias (TMCS).¹⁶ De lo cual han surgido los modelos de relación de patología dual que se describen a continuación.

En general, estos trastornos duales son reflejo de al menos cuatro posibilidades:

Trastorno dual primario: Las distintas combinaciones de trastorno por uso de sustancias (TUS) y otros trastornos psiquiátricos pueden representar dos o más condiciones independientes, con sus respectivos cursos clínicos y necesidades de tratamiento. Esta combinación puede ocurrir por “casualidad” o como consecuencia de compartir los mismos factores predisponentes (ej. estrés, personalidad, factores ambientales en la infancia, vulnerabilidad genéticas, alteraciones neurobiológicas).^{21, 22}

Teoría de la automedicación: El consumo de sustancias puede paliar la sintomatología psiquiátrica de un trastorno que no es diagnosticado o tratado convenientemente. En este caso el tratamiento adecuado de la enfermedad psiquiátrica podría hacer desaparecer el TUS. Sin embargo, este

16. Casas M, Guardia J., (2005). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo, Revista Adicciones, Vol. 14, Suplemento. 1

20. Rubio G., (2000). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias, Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Vol. 2, Número 3, pp. 74-76

21. Hien D, Zimberg S, Weisman S, First M, Ackerman S., (1997). Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics, Psychiatric services, vol. 48, Nº8, 1058-1063

22. Torrens M., (2008). Patología dual: Situación actual y retos de futuro, Adicciones, Vol.20 Núm. 4, 315—320

comportamiento puede desencadenar una conducta de consumo que derive en un TUS que evolucione de forma independiente (por ejemplo, el consumo de alcohol en episodios maníacos, puede derivar en un alcoholismo independiente).^{20, 21, 22}

TMCS primario con TMNRS secundario: El primer trastorno puede influir o desencadenar el desarrollo de un segundo trastorno mental, de forma que éste siga un curso independiente. Así el consumo de drogas puede precipitar una predisposición a psicosis (por ejemplo, el consumo de cannabis como factor precipitante para un trastorno esquizofrénico) o causar un cambio fisiológico permanente (teoría de la neurotoxicidad) que origine un trastorno permanente (por ejemplo, el consumo de estimulantes puede originar depresión o psicosis). En este caso también ambos trastornos deberán tratarse adecuadamente y durante tanto tiempo como se requiera.¹¹

Algunos síndromes pueden ser cuadros psiquiátricos temporales, como psicosis parecidas a esquizofrenia, como consecuencia de intoxicaciones con tipos específicos de sustancias (por ejemplo, psicosis en intoxicaciones por estimulantes) o abstinencia (por ejemplo, depresión en la abstinencia de estimulantes).²³

Es así que la comorbilidad en estos pacientes tiene diversas hipótesis que explican su origen; por un lado se considera que la adicción y los otros trastornos psiquiátricos son expresiones sintomáticas distintas de anomalías neurobiológicas preexistentes similares y a su vez que la administración repetida de drogas, a través de mecanismos de neuroadaptación, origina cambios neurobiológicos que tienen elementos comunes con las anomalías que median ciertos trastornos psiquiátricos.⁴⁰

11. Rubio G, López F, Álamo C, Santo-Domingo J., (2002). Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias, Editorial Médica Panamericana.

20. Rubio G., (2000). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias, Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Vol. 2, Número 3, pp. 74-76

21. Hien D, Zimberg S, Weisman S, First M, Ackerman S., (1997). Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics, Psychiatric services, vol. 48, N°8, 1058-1063

22. Torrens M., (2008). Patología dual: Situación actual y retos de futuro, Adicciones, Vol.20 Núm. 4, 315—320

23. Lorenzo P, Ladero J, Leza J, Lizasoain I., (2009). Drogodependencias, 3ª edición, Editorial medica panamericana, 63-70

40. Gálvez J, Rincón D. (2008). Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica. Revista colombiana de psiquiatría, Vol. 37 N° 3.

Así pues, la naturaleza de la relación entre los trastornos psiquiátricos y los trastornos por consumo es compleja y puede variar dependiendo de cada trastorno en particular. En los últimos años, se han postulado los efectos neurobiológicos del estrés crónico como el puente de unión entre los TUS y las otras enfermedades mentales.²³

Los síntomas psiquiátricos que aparecen al inicio del tratamiento de la dependencia suelen estar relacionados con los efectos tóxicos de las drogas y con el síndrome de abstinencia, así como con las acciones de otras drogas o fármacos que el sujeto estuviera tomando.²¹

Dichos factores pueden interaccionar junto con la droga de abuso de forma multivariable. Es decir, que los efectos directos del consumo de la droga y los indirectos, debidos a las consecuencias de la conducta adictiva se agregan e influyen en la salud mental del paciente que acaba padeciendo distintos trastornos mentales.²⁰

2.1.4 Aspectos diagnósticos

Como se ha comentado anteriormente, hay algunos factores que influyen en las características epidemiológicas y de diagnóstico en patología dual, así pues, la identificación de forma fiable y válida de la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante en sujetos consumidores de drogas es un punto especialmente relevante para los clínicos que necesitan tener criterios diagnósticos y entrevistas adecuadas para decidir cuándo hay que iniciar un tratamiento específico para los trastornos psiquiátricos en pacientes drogodependientes.²⁴

A lo largo de los últimos años se han ido desarrollando diferentes clasificaciones diagnósticas. En los criterios de Feighner et al.⁴² se utilizaban

20. Rubio G., (2000). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias, Revista Española de Sanidad Penitenciaria, Vol. 2, Número 3, pp. 74-76

21. Hien D, Zimberg S, Weisman S, First M, Ackerman S., (1997). Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics, Psychiatric services, vol. 48, Nº8, 1058-1063

23. Lorenzo P, Ladero J, Leza J, Lizasoain I., (2009). Drogodependencias, 3ª edición, Editorial medica panamericana, 63-70

24. Drake RE., (2004) Dual diagnosis. Psychiatry; 3(10):60-63.

42. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Muñoz R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry; 26:57-63.

los términos «primario-secundario» como relación causa-efecto. El trastorno que aparecía cronológicamente antes se denominaba primario. Esta aproximación sugería que el primero era independiente de trastornos posteriores, pero no era útil para distinguir si el segundo era independiente del primero o para definir la relación entre ambos.

Este enfoque sería aceptable si los trastornos psiquiátricos tuvieran la fase de inicio de la enfermedad siempre con la misma cronología de aparición, pero no sucede así. Posteriormente, en los criterios RDC⁴³, DSM-III⁴⁴ y DSM-III-R⁴⁵, el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica se basaba en si la etiología del trastorno psiquiátrico era «orgánica» o «no orgánica», sin que se especificaran criterios para su distinción. El término «orgánico» indicaba un trastorno mental causado por alguna condición física (médica, neurológica o una toxina).

Los estudios que se realizaron usando estos criterios diagnósticos mostraron escasa fiabilidad y validez para la mayor parte de diagnósticos psiquiátricos (principalmente trastornos afectivos y de ansiedad) cuando se estudiaban sujetos con TUS.⁴³

Los criterios del DSM-IV⁴⁶ y DSM-IVTR²⁵ pusieron énfasis en considerar 3 categorías para facilitar un diagnóstico más preciso:

— **Primarios:** trastornos mentales que no son inducidos por sustancias ni debidos a una enfermedad médica.

— **Efectos esperados:** síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia.

— **Inducidos por drogas:** síntomas considerados como excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación o de abstinencia por una sustancia.

25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4.^a ed. TR (2000). Washington DC: American Psychiatric Press.

43. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry*; 5:773-82.

44. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3.^a ed. (DSM-III) (1981). Washington DC: American Psychiatric Association.

45. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3.^a ed. Revised (DSM-III) (1987). Washington DC: American Psychiatric Association.

46. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4.^a ed. Revised (DSM-IV) (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.

Actualmente, hay diferentes propuestas para el DSM-V. Una de las más interesantes está estudiando la introducción del término «independiente» en lugar del término «primario». La crítica al concepto de primario del DSM-IV es que la cronología no siempre tiene por qué crear el efecto, mientras que el término independiente al consumo de sustancias se refiere a que una determinada condición psiquiátrica también puede identificarse en periodos de abstinencia.^{14 25, 37}

Se dispone de varios instrumentos diagnósticos estructurados basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV o de la CIE-10 para estudios clínicos y de investigación de patología dual.

Las más utilizadas son:

- a. La Entrevista Clínica Estructurada para el Eje 1 del DSM-IV (SCID-I) del inglés “Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders”²⁶
- b. La Entrevista Diagnostica Internacional Compuesta (CIDI) del inglés “Composite International Diagnostic Interview”^{27, 28}, y
- c. La Entrevista de Investigación Psiquiátrica para Trastornos de Sustancias y Salud Mental (PRISM-IV) del inglés “Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV”²⁹

Sin embargo, estas requieren ser realizadas por clínicos con experiencia y su realización requiere mucho tiempo (2 horas aproximadamente para un entrevistador entrenado).²⁹

Por lo cual se cuenta con instrumentos de cribado para trastornos mentales que no requieren un entrenamiento exhaustivo y los cuales se los puede llevar a cabo en menor tiempo como la MINI que es una entrevista

14. Mestre J., (2011). Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso, Tesis doctoral, Grupo de investigación Neurociencias, 15

25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4.ª ed. TR (2000). Washington DC: American Psychiatric Press.

26. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW., (1999). Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del eje I del DSM-IV, Versión clínica. Barcelona: Masson.

27. Organización Mundial de la Salud., (1998). Composite International Diagnostic Interview (CIDI): Core, Versión 2.1 (WHO, Geneva).

28. Janca A, Ustun TB, and Sartorius N., (1994). New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders, *Acta Psychiatrica Scand*, 90, 73-83.

29. Hasin D, Trautman K, Miele G, Endicott J., (2001). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM), New York State Psychiatric Institute/Columbia University.

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales, *Jano*, Nº 1720.

diagnostica estructurada de duración breve (15 minutos aproximadamente) muy utilizada en la práctica clínica para la detección y orientación diagnóstica, que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 y el Trastorno Antisocial de la personalidad del Eje II.³⁰

Al inicio de cada módulo, identificado cada uno por letras, dispone de una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del Trastorno que permiten determinar la necesidad de continuar con la exploración. Así mismo, dichos módulos, al final, también disponen de una o varias casillas diagnósticas que permiten al entrevistador indicar si se cumplen los criterios diagnósticos para cada trastorno.

La MINI fue diseñada para ser administrada en contextos clínicos y de investigación por entrevistadores legos después de un breve proceso de estandarización.³⁰

Por otro lado la entrevista PRISM-IV la cual fue diseñada específicamente para identificar comorbilidad en pacientes con trastorno por uso de sustancias cuenta con ciertas características que hacen de esta un instrumento específico como son:

1) añade pautas específicas de evaluación/clasificación a lo largo de la entrevista, tales como la estipulación de frecuencia y duración de los síntomas, criterios explícitos de exclusión y guías de resolución en caso de dudas;

2) las secciones sobre alcohol y otras drogas de la PRISM-IV están situadas cerca del inicio de la entrevista, previamente a las secciones de trastornos mentales y,

3) la anamnesis más estructurada sobre alcohol y otras drogas proporciona un contexto más adecuado para el seguimiento de la comorbilidad psiquiátrica. Sin embargo debe ser llevada a cabo por clínicos expertos en involucra un tiempo promedio de realización de 2 horas.⁵

5. Mateu G, Àstals M, Torrens M., (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento, Adicciones, Vol. 17, Supl. 2

30. García-Portilla MP, Bobes J, Parellada M, Bascarán MT, Sáiz P, Bousoño M., (2008). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 5ª edición,

2.2 RELACION ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNOS AFECTIVOS

2.2.1 Trastorno depresivo

En la tabla 1 se describen las prevalencias de la asociación entre trastornos depresivos (TD) y trastornos por uso de sustancias (TUS) en estudios epidemiológicos realizados en población general. La concurrencia de TD y TUS en estudios en población consumidora se encuentra entre el 12 y el 88% en muestras de pacientes que acuden a tratamiento ambulatorio, y en el 27 % en las que no acuden a tratamiento.⁴⁷

En un estudio reciente realizado por la Sociedad Española de Patología Dual (pendiente de publicación), se estima que casi un tercio de los pacientes con patología dual (28,76%) presenta criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor, existiendo una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de riesgo de suicidio y patología dual (41,35 frente a 13,52%; $p < 0,0001$). Esto hace que los pacientes con depresiones asociadas al consumo de sustancias sean objetivo clave de diagnóstico y tratamiento por el riesgo añadido que conllevan.^{23, 37, 47}

Tabla 1. Prevalencia TUS-TD en estudios epidemiológicos en población general

| | | ECA [1] | NLAES [2] | NCS [3] | NESARC [4] | NESARC [5] |
|--------------------------|--------------|---------|-----------|---------|--------------------------------|--------------------------------|
| TUS con desarrollo de TD | | OR 2,6 | | | Desarrollo de TDM, OR 2,9 | Desarrollo de TDM, OR 1,4 |
| | | | | | Desarrollo de distimia, OR 3,6 | Desarrollo de distimia, OR 2,1 |
| TD con desarrollo de TUS | Alcohol | OR 1,3 | OR 3,8 | OR 1,9 | | |
| | Otras drogas | OR 3,8 | | OR 2,4 | | |

ECA: Epidemiologic Catchment Area. NLAES: National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. NCS: National Comorbidity Survey. NESARC: National Comorbidity Survey of Alcoholism and Related Conditions. TUS: trastornos por uso de sustancias. TD: trastornos depresivos. TDM: trastornos depresivos mayores. OR: *odds ratio*.

Fuente: *Torrens M, Martínez D, Szerman N. (2009). Patología dual protocolos de intervención en Depresión. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, 1ª edición, pp.: 2-5.*

23. Lorenzo P, Ladero J, Leza J, Lizasoain I., (2009). *Drogodependencias*, 3ª edición, Editorial medica panamericana, 63-70

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). *Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales*, Jano, Nº 1720.

47. Torrens M, Martínez D, Szerman N. (2009). *Patología dual protocolos de intervención en Depresión. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, 1ª edición, pp.: 2-5.*

En los trastornos depresivos mayores (TDM), hay alteraciones en el eje hipotálamo hipofisario y en el factor liberador de corticotropina (CRF), así como en sistemas como el de las catecolaminas, la serotonina, el ácido gamma-amino butírico (GABA) y el glutamato. También la neuroadaptación asociada al uso crónico continuado de tóxicos está asociada a disfunciones en estos circuitos de neurotransmisión, especialmente en estados de abstinencia aguda.^{19, 47}

Tanto en el TUS y TD los factores genéticos y ambientales son relevantes en los mecanismos neurobiológicos implicados en su etiopatogenia. Algunos de estos mecanismos también se relacionan en la neurobiología de los trastornos de ansiedad (TA), lo que confirma la compleja relación que vincula estas dos enfermedades. Además, los circuitos de la recompensa, los principales mecanismos neurobiológicos en la adicción, también se han postulado como mecanismos responsables de los trastornos afectivos. En la Tabla 2 se describen las alteraciones halladas en mecanismos neurobiológicos comunes en TUS y DM.⁵⁹

Tabla 2. Alteraciones halladas en mecanismos neurobiológicos comunes en TUS y DM

| | |
|--|---|
| Sistemas primarios de neurotransmisión implicados | CRF Serotoninérgico Hipotálamo/extrahipotálamo Glutamatérgico Dopaminérgico Actividad MAO |
| Efectos en regiones cerebrales primarias | ↓ Actividad en circuito fontal-límbico ↓ Actividad en cíngulo anterior ↑ Actividad amígdala ↓ Niveles de MAO-A y MAO-B en cerebro de fumadores |
| Interacciones clave | Hallazgos similares de neuroimagen en DM y TUS Alteraciones comunes en la respuesta al estrés en DM y TUS La inhibición de la MAO relacionada con fumar contribuye al efecto antidepresivo de fumar en DM |

CRF: factor liberador de corticotropina MAO: enzima monoaminoxidasa DM: depresión mayor TUS: trastorno consumo de sustancias

Fuente: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2006). *Manual de trastornos adictivos*, Sociedad española de toxicomanías, Editorial Enfoque, 1ª edición, pp.: 143.

19. Alamo C, López-Muñoz F, Martín B, García-García P, Cuenca E., (2002). Depresión y abuso de sustancias: Hipótesis etiopatogénicas del trastorno dual, *Interpsiquis*, 3º Congreso virtual de Psiquiatría, 2-5

47. Torrens M, Martínez D, Szerman N. (2009). Patología dual protocolos de intervención en Depresión. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, 1ª edición, pp.: 2-5.

59. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2006). *Manual de trastornos adictivos*, Sociedad española de toxicomanías, Editorial Enfoque, 1ª edición, pp.: 144.

En la práctica clínica uno de las dificultades reside en la realización del diagnóstico del cuadro depresivo cuando hay co-ocurrencia de consumo de sustancias, esto es en la diferenciación entre los episodios depresivos independientes y los inducidos por el consumo.⁵⁹

Actualmente parte de las dificultades metodológicas para establecer el diagnóstico diferencial entre los trastornos depresivos primarios y los inducidos pueden soslayarse con el uso de entrevistas diagnosticas como la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) que permiten diferenciarlos de manera valida y fiable.⁴⁷

Desde el punto de vista de la presentación clínica destaca que los pacientes con DM y TUS suelen presentar un inicio más temprano del episodio depresivo, mas síntomas depresivos, mas trastornos de ansiedad concurrentes, mas ideación suicida y un mayor deterioro funcional.¹ Además, en cuanto al diagnóstico del episodio depresivo, se ha observado que en el caso de los TUS por cocaína, opiáceos o en policonsumidores, el episodio de DM suele ocurrir con mayor frecuencia de forma independiente del consumo, mientras que en el caso del alcohol se ha descrito una mayor prevalencia de asociación con DM inducida.⁴

Así mismo la DM en TUS, al igual que la DM sin consumo de drogas, es más frecuente en mujeres y las consumidoras de drogas ilegales tienen el doble de riesgo de presentar una DM que el esperado en la población general.⁵⁹

En la Tabla 3 se describen los principales indicadores clínicos que permiten ayudar al diagnóstico diferencial entre los episodios depresivos inducidos y los episodios depresivos independientes (primarios) concurrentes al consumo de sustancias.

1. Rivera G., (2010). Memoria científica formación en patología dual grave, programa JOFRE,7

4. Santis R, Casas M., (2006). Diagnostico Dual, Ponencias, Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario, 1-2.

47. Torrens M, Martinez D, Szerman N. (2009). Patología dual protocolos de intervención en Depresión. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, 1ª edición, pp.: 2-5.

59. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2006). Manual de trastornos adictivos, Sociedad española de toxicomanías, Editorial Enfoque, 1ª edición, pp.: 144.

Tabla 3. Indicadores para el diagnóstico de un episodio depresivo concurrente al consumo de sustancias.

| Depresión Primaria | Depresión Inducida |
|---|---|
| La sintomatología depresiva aparece durante un fase de consumo estable | Aparición de la sintomatología depresiva durante una escalada de consumo |
| La sintomatología depresiva persiste después de un periodo de abstinencia | Aparición de la sintomatología depresiva durante una disminución importante del consumo |
| Antecedentes de episodio depresivo en ausencia de consumo de sustancias | |
| Antecedentes de buena respuesta a tratamientos antidepressivos | |
| Antecedentes familiares de depresión | |

Fuente: Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2006). *Manual de trastornos adictivos*, Sociedad española de toxicomanías, Editorial Enfoque, 1ª edición, pp.: 144.

2.2.2 Trastorno bipolar

Los pacientes con trastorno bipolar (TB) frecuentemente presentan en algún momento de sus vidas comorbilidad con un trastorno por uso de sustancias. La presencia de un TUS puede dificultar y retrasar el adecuado diagnóstico del trastorno bipolar, en especial en los casos de pacientes con formas «leves» de bipolaridad como la ciclotimia o pacientes de espectro bipolar.⁴⁹

En pacientes bipolares, el abuso de sustancias es uno de los factores más influyentes en el incumplimiento terapéutico y la muerte por suicidio. Sin embargo, la evaluación de estos pacientes frecuentemente es difícil, debido a que los síntomas maníacos pueden ser confundidos o coexistir con estados de intoxicación o consumo mantenido de sustancias psicoestimulantes o abstinencia de depresores del sistema nervioso o viceversa.⁵

5. Mateu G, Àstals M, Torrens M., (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento, *Adicciones*, Vol. 17, Supl. 2

49. Goikolea JM, Vieta E. (2012). Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar. *Sociedad española de patología dual*, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-15.

59. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2006). *Manual de trastornos adictivos*, Sociedad española de toxicomanías, Editorial Enfoque, 1ª edición, pp.: 144.

Por otra parte, los síntomas depresivos pueden ser confundidos o coexistir con consumos mantenidos de sustancias depresoras, o con la abstinencia de algunas sustancias euforizantes, como sucede en la fase inicial de la abstinencia, o *crash*, de cocaína.³⁷

Por ello, hay que realizar un seguimiento longitudinal del paciente, intentando discernir la sintomatología que está relacionada con el consumo mantenido de drogas o con la propia enfermedad bipolar.³⁷

Se debe aclarar la relación temporal de la sintomatología afectiva con el consumo, la estacionalidad de los síntomas y la presencia de episodios similares en ausencia de consumo y de antecedentes familiares de trastorno bipolar.^{49, 50}

La comorbilidad psiquiátrica del TB es muy alta, hasta el punto de ser raro el TB “puro”. Kessler y col.⁵¹ encontraron que el 92,1% de los pacientes bipolares cumplían también criterios para trastornos de ansiedad y el 71% sufrían trastorno por uso de sustancias.

En el estudio ECA los sujetos con trastorno bipolar I la prevalencia fue del 60,7%, y en los de tipo II del 48,1%; en estudios posteriores basados en el *Epidemiologic Catchment Area (ECA)*, se demostró que la manía y los trastornos por uso de alcohol tenían una probabilidad mucho mayor de aparecer juntas en los sujetos que participaron en el estudio comunitario que lo que se esperaría por el simple azar, con una odds ratio (OR) de 6,2. Entre el resto de diagnósticos, sólo el trastorno antisocial de personalidad se asociaba con mayor frecuencia a los trastornos por uso de alcohol.³⁹

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). *Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales*, Jano, Nº 1720.

39. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. y Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.

49. Goikolea JM, Vieta E. (2012). *Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-15.

50. Pinedo M, Cordon R, Hernández A, Ortiz M, Perrino C, Terrazas E, Pérez P, Liria A, Llovera N, Paz G, Cases J, Goikolea J, Forteza G, Rodríguez J, Navarro L, Ruiz C, Gimeno C, Granger M, Zilbermann L. (2012). *Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar*, Asociación española de neuropsiquiatría, Ministerio de Sanidad, ed. 1º, Madrid, pp.:21-26.

51. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychol. Med*; 27(5): 1079-89.

Otro estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos entre el 2001 y el 2002, el *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*, con una muestra de más de 43.000 sujetos, halló una elevada prevalencia vida de trastorno bipolar tipo I, concretamente del 3,3%.⁵² En este estudio la prevalencia de trastornos por uso de alcohol entre los sujetos con trastorno bipolar fue del 23,6% el año previo, y la de trastornos por uso de otras sustancias del 12,9%. En cambio, la prevalencia a lo largo de la vida fue del 58 y del 37,5%, respectivamente. En este estudio, el trastorno bipolar tipo I se asoció de forma significativa y potente al consumo de sustancias, así como a los trastornos de ansiedad y de personalidad.

El estudio de replicación del *National Comorbidity Survey* (NCS-R) no sólo evaluó el trastorno bipolar tipo I y el tipo II, sino también la prevalencia y las comorbilidades asociadas al trastorno bipolar subumbral, definido como aquel en el que se evidencian fases alternantes de clínica depresiva y maníforme pero sin llegar a cumplir los criterios exigidos para episodio en el DSM-IV. En este estudio, la comorbilidad con TUS fue elevada en todos los subtipos de trastorno bipolar, pero especialmente en el tipo I.^{49, 52}

En otro estudio se encontró que la tasa de comorbilidad con TUS para todo el espectro del trastorno bipolar fue del 36,6%, lo que supone una OR de 4,5 respecto a la población general. Al igual que en estudios previos, se confirma un gradiente de riesgo máximo para el bipolar I, seguido del bipolar II y, finalmente, del bipolar subumbral.⁵³

Aunque hasta la fecha prácticamente sólo se disponía de estudios epidemiológicos en población estadounidense, es muy reciente la publicación de un estudio realizado en América, Europa y Asia, dentro de la iniciativa de salud mental de la Organización Mundial de la Salud

49. Goikolea JM, Vieta E. (2012). Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1ª, pp.: 1-15.

52. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, et al. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*; 66(10):1205-15.

53. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry*. ;68(3):241-51.

Los resultados confirman las elevadas tasas de patología dual entre los sujetos bipolares con independencia del país de estudio y a pesar de las diferencias de consumo en la población general, confirmando así la aplicabilidad de los datos estadounidenses previos a nuestra población.⁴⁹

En muestras clínicas, la prevalencia de la patología dual varía considerablemente en función de diversos factores como pueden ser el país y la cultura o el centro de atención (primario, terciario, etc.) (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de comorbilidad con TUS en muestras clínicas de pacientes bipolares

| Estudio | Frecuencia |
|---|---|
| Cassidy, 2001 (maníacos hospitalizados) | 48,5% abuso de alcohol |
| | 43,9% abuso de drogas |
| Keller et al., 1986 | 5% abuso de alcohol-maníacos |
| | 8% abuso de alcohol-depresivos |
| | 13% mixtos o en ciclación rápida |
| McElroy et al., 2001 | 42% TUS a lo largo de la vida |
| | 4% TUS actual |
| STEP-BD (Simon et al., 2004) | 48% TUS a lo largo de la vida |
| | 8% trastorno por uso de alcohol actual |
| | 5% trastorno por uso de otra sustancia actual |
| Strakowski et al., 1998 (manía psicótica) | 45% abuso de alcohol o drogas |
| Tondo et al., 1999 (trastorno afectivo mayor) | 32% TUS |
| | 33% TUS en BPI |
| | 28% TUS en BPII |
| Vieta et al., 2000 y 2001 | 19,3% TUS en BPI |
| | 14,7% trastorno por uso de alcohol en BPI |
| | 4,65% otro TUS en BPI |
| | 25% TUS en BPII |
| | 20% trastorno por uso de alcohol en BPII |

Fuente: Goikolea JM, Vieta E. (2012). *Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1ª, pp.: 1-15.

49. Goikolea JM, Vieta E. (2012). *Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1ª, pp.: 1-15.

52. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, et al. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*; 66(10):1205-15.

Se han propuesto diversas hipótesis para explicar las elevadas tasas de comorbilidad entre el trastorno bipolar y el TUS. Probablemente todas ellas contribuyan en grados variables al fenómeno de la patología dual:

— El consumo de sustancias psicoactivas puede desencadenar síntomas o incluso episodios de manía o depresión en sujetos genéticamente predispuestos. Este puede ser el caso de una manía o depresión inducida, pero, en ocasiones, la sustancia puede desencadenar un trastorno afectivo completo.

— Los síntomas de hipomanía o manía incluyen la implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un potencial de consecuencias negativas. El abuso de sustancias es un buen ejemplo de este mismo síntoma.

— **Diátesis genética.** Algunos estudios han hallado un solapamiento entre genes de vulnerabilidad para el trastorno bipolar y genes de vulnerabilidad para el TUS.^{37, 49, 54}

— **Ansiedad.** Tal como se ha comentado previamente, tanto desde el punto de vista genético como del clínico la ansiedad puede ser un mediador relevante en la conexión entre el trastorno bipolar y el TUS. Los trastornos de ansiedad son muy frecuentes en los individuos con trastorno bipolar, y los individuos con ansiedad son más propensos al abuso de sustancias. De hecho, algunas sustancias tienen efectos ansiolíticos directos.

— **Fisiopatología común.** Ambos trastornos comparten algunos mecanismos fisiopatológicos. Tanto las alteraciones de los sistemas neurotransmisores, especialmente en las vías dopaminérgicas, como los procesos de adaptación en las vías de señalización postreceptorial, incluyendo la regulación de la expresión de genes neurales, pueden estar implicados en la etiología de ambos trastornos. Por ejemplo, la administración crónica de cocaína en animales ha sido utilizada como modelo para el estudio de trastornos afectivos refractarios.⁴⁹

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales, Jano, Nº 1720.

49. Goikolea JM, Vieta E. (2012). Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-15.

54. McEachin RC, Chen H, Sartor MA, Saccone SF, Keller BJ, et al.(2010). A genetic network model of cellular responses to lithium treatment and cocaine abuse in bipolar disorder. BMC Syst Biol.; 4:158.

La administración aguda de dosis bajas de cocaína en animales genera un modelo importante para los componentes eufóricos y psicomotores de la hipomanía, y las dosis crónicas más elevadas pueden modelar los componentes disfóricos y psicóticos de la manía.⁴⁹

Además, el fenómeno del *kindling* representa un interesante modelo para explicar el trastorno bipolar dual. Se ha sugerido que las mayores tasas de recurrencia del trastorno bipolar en los pacientes con comorbilidad con abuso de alcohol pueden deberse a un efecto tipo *kindling* producido por el alcohol.³⁷

— **Diátesis social.** La disfunción psicosocial debida al trastorno bipolar, el desempleo y otras situaciones vitales adversas puede favorecer la marginalidad que, a su vez, incrementa el riesgo de abuso de sustancias.³⁷

— **Automedicación.** De acuerdo con esta hipótesis, los pacientes bipolares abusarían de sustancias como medio para aliviar síntomas de la enfermedad primaria (p. ej., psicoestimulantes para revertir los síntomas depresivos) o bien los efectos adversos del tratamiento farmacológico (p. ej., la nicotina reduce los niveles plasmáticos de diversos psicofármacos, limitando así sus efectos adversos dependientes de la dosis).⁵⁹

Esta interesante hipótesis a nivel conceptual no ha sido claramente avalada por la evidencia en el caso del trastorno bipolar dual. Si bien es probable que contribuya al consumo de determinadas sustancias en algunos pacientes y situaciones, también es cierto que los sujetos con trastorno bipolar tienden a consumir más sustancias de todo tipo (incluyendo las estimulantes) en las fases maníacas que en las depresivas.^{49, 59}

En un reciente estudio con adolescentes afectados de trastorno bipolar, estos referían haber iniciado el consumo de tóxicos para modificar su estado de ánimo con más frecuencia que los controles.⁵

5. Mateu G, Àstals M, Torrens M., (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento, Adicciones, Vol. 17, Supl. 2

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales, Jano, Nº 1720.

49. Goikolea JM, Vieta E. (2012). Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-15.

59. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2006). Manual de trastornos adictivos, Sociedad española de toxicomanías, Editorial Enfoque, 1º edición, pp.: 144.

— **Características de personalidad.** Los individuos con trastorno bipolar suelen presentar puntuaciones elevadas en impulsividad y búsqueda de novedad. Se trata de características de personalidad que han demostrado incrementar el riesgo de abuso de sustancias.³¹

El diagnóstico comórbido de ambas entidades, es decir, de trastorno bipolar y TUS, es relativamente sencillo en los pacientes con episodios maníacos francos, o sea con trastorno bipolar tipo I, especialmente si el inicio del TUS ha sido posterior al del trastorno bipolar. Sin embargo, en los casos en los que el TUS precede al trastorno bipolar, el diagnóstico puede resultar más complejo, ya que es necesario discriminar los episodios afectivos propios del trastorno bipolar de los síntomas afectivos que conlleva el propio consumo o de los episodios afectivos inducidos.³⁷

El DSM-IV es relativamente ambiguo en este sentido. Así, para poder diagnosticar un episodio maníaco o hipomaníaco es necesario descartar que los síntomas no sean debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, como puede ser una droga.

Asumiendo que fármacos como los psicoestimulantes pueden provocar síntomas maniformes, el umbral de intensidad o de duración de dichos síntomas a partir del cual asumiríamos que se trata de un episodio maníaco, aunque los psicoestimulantes hayan jugado un papel desencadenante, ha sido objeto de intenso debate. Probablemente, el punto de corte más aceptado para diagnosticar un episodio afectivo «primario» sería el de la persistencia de los síntomas más allá de 4 semanas después del último consumo.^{22, 49}

La entrevista semiestructurada PRISM-IV, está diseñada para realizar el diagnóstico de comorbilidad en personas con TUS, diferenciando los trastornos primarios y los inducidos. Tiene una elevada fiabilidad y validez aunque es larga y su aplicabilidad en la clínica diaria puede ser reducida. Además, el

22. Torrens M., (2008). Patología dual: Situación actual y retos de futuro, *Adicciones*, Vol.20 Núm. 4, 315—320

31. Bobes J., Sáiz P., Paz M., (2004). Trastornos de personalidad en patología dual, *Monografías de Psiquiatría*, vol. 16, Nº 4, 28-31

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales, *Jano*, Nº 1720.

49. Goikolea JM, Vieta E. (2012). Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-15..

punto de corte de las 4 semanas para diagnosticar un episodio maníaco supone una alta especificidad (cuando se diagnostica manía, casi siempre lo es), pero probablemente una sensibilidad más baja (episodios maníacos pueden ser erróneamente etiquetados como inducidos). Aunque la PRISM ha demostrado buena fiabilidad para el diagnóstico de depresión mayor (primaria o inducida), los resultados sobre su fiabilidad en trastorno bipolar no son concluyentes por la pequeña muestra incluida.^{22, 29, 49}

Con independencia de que se emplee o no la entrevista PRISM, es esencial para el correcto diagnóstico una buena anamnesis que recoja las oscilaciones anímicas que se hayan podido producir en épocas sin consumo.²²

Se pueden utilizar las herramientas habituales de despistaje de episodios maníacos o hipomaniacos previos. Además en todo paciente bipolar dual hay que investigar la presencia de consumo en los familiares directos y de trastornos afectivos. Las consultas de atención primaria son el lugar idóneo para realizar la evaluación inicial básica de los familiares.²⁹

2.2.3 Trastorno de ansiedad

En cuanto a los pacientes con trastornos de ansiedad (TA) es conocido que son muy vulnerables a desarrollar otras patologías comórbidas. Concretamente, los grandes estudios epidemiológicos muestran una elevada asociación entre los distintos TA y los trastornos por uso de sustancias. Así por ejemplo, el Epidemiological Catchment Area (ECA) pone de manifiesto que casi el 24% de los pacientes con TA padecen un TUS comórbido a lo largo de su vida (17,9% diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol y 11,9% diagnóstico de abuso o dependencia de otras drogas). Por otra parte, el 19,4 % de pacientes con diagnóstico de abuso o dependencia de alcohol desarrollan a lo largo de su vida un TA comórbido, y la prevalencia-vida de comorbilidad asciende al 28,3% en el caso de diagnóstico de abuso o dependencia de otras drogas (27,5% para el cannabis, 33,3% para la cocaína, 31,6% para los

22. Torrens M., (2008). *Patología dual: Situación actual y retos de futuro*, Adicciones, Vol.20 Núm. 4, 315—320

29. Hasin D, Trautman K, Miele G, Endicott J., (2001). *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM)*, New York State Psychiatric Institute/Columbia University.

49. Goikolea JM, Vieta E. (2012). *Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-15.

opiáceos, 42,9% para los barbitúricos, 32,7% para las anfetaminas y 46,0% para los alucinógenos).³⁹

Datos más recientes provenientes del National Comorbidity Survey Replication (NCSR) señalan, por ejemplo, que el 27% de pacientes con trastorno de pánico (TP) sin agorafobia sufren un TUS comórbido y esa comorbilidad asciende al 37,3% en el caso del TP con agorafobia.⁵⁵ De igual modo, el National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)⁵² encuentra prevalencias-último año de comorbilidad entre TUS y TA en torno al 18%, siendo la fobia específica la comorbilidad más frecuente (10,5%). Concretamente, en el caso del trastorno de ansiedad generalizada (TAG), que es uno de los TA que más dificultades diagnósticas presenta en el caso de usuarios de drogas, datos recientes procedentes de dicho estudio ponen de manifiesto que la mitad de los pacientes que padecen a lo largo de su vida un TAG presentará patología dual.¹²

Debe reseñarse que las prevalencias de TA asociado a TUS varían en función del ámbito de realización del estudio y de las drogas incluidas en él. En general, la asociación es menor en la población general que en la población clínica.

Diversos sistemas de neurotransmisión desempeñan un papel importante en la etiopatogenia de los TA y de las adicciones (entre otros, sistema de la amígdala ampliada, hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) y sistema serotoninérgico). Los datos existentes hasta la fecha ponen de manifiesto que la relación entre estrés y adicciones es bidireccional y compleja, de modo que el estrés (interno y externo) confiere vulnerabilidad a las adicciones y, a su vez, las adicciones generan un estado de estrés interno que es favorecedor de su continuidad.⁵⁶

12. Mohammed T. Abou-Saleh., (2004). Dual diagnosis: management within a psychosocial context, *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, 352-360

39. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. y Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.

52. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, et al. (2005). Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*;66(10):1205-15.

55. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*; 63: 415-24.

56. Sáiz P, Díaz E, García MP, Gonzales P, García J. (2011). Patología dual protocolos de intervención en Ansiedad. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-12.

Por otra parte, hay que tener presente que el efecto del estrés sobre el consumo de sustancias depende de diversos factores, como el momento de exposición a éste, el contexto y su intensidad. Otros aspectos, como la carga genética personal y las interacciones gen-ambiente, actuarán como elementos modulares de dicho efecto. Cabe señalar que no sólo existen alteraciones neurobiológicas comunes a los TUS y TA que pueden contribuir a explicar su etiopatogenia, sino que también durante el síndrome de abstinencia de diferentes sustancias psicoactivas se producen alteraciones neurobiológicas que son similares en ambos procesos (TUS y TA).⁵⁶

2.3 RELACION ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNOS PSICOTICOS

Los pacientes con trastorno psicótico frecuentemente presentan trastornos por uso de sustancias. El consumo de sustancias ensombrece el curso y el pronóstico y dificulta el tratamiento psicofarmacológico y el abordaje psicoterapéutico. Existen diversas teorías que podrían explicar la frecuente asociación de los trastornos psicóticos con el TUS, que incluirían desde las hipótesis de la automedicación hasta las teorías sobre la drogoinducción de las psicosis crónicas.⁴⁸

Las drogas podrían ser utilizadas por los pacientes con esquizofrenia para controlar o minimizar la sintomatología alucinatoria y la ansiedad, para manejar los estados emocionales negativos o para contrarrestar la sintomatología negativa y sentirse integrados en su grupo de referencia.⁵⁹

Por otro lado, se conoce que algunas sustancias psicoestimulantes, como la cocaína, las anfetaminas, las metanfetaminas, etc., según la cantidad, el tiempo y la vía de consumo, pueden mimetizar la sintomatología de la esquizofrenia en algunos pacientes. El cannabis, los alucinógenos, las drogas de síntesis, los hongos, la fenciclidina, etc., tienen capacidad para producir sintomatología alucinatoria.⁵⁷

48. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Casas M. (2010). *Patología dual protocolos de intervención en Esquizofrenia*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, 1ª edición, pp.: 1-15.

56. Sáiz P, Díaz E, García MP, Gonzales P, García J. (2011). *Patología dual protocolos de intervención en Ansiedad*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1ª, pp.: 1-12.

57. Álvarez C, Arias F, Basurte I, Bobes J, Bousoño M, Casas M, Castells X, Dida-Attas J, Fernández R, García M, Henche A, Jiménez L, Martínez S, Martínez J, Negrete J, Ochoa E, Peris L, Ponce G, Poyo F, Szerman N, Vicens E. (2007). *Patología Dual en Esquizofrenia*, Editorial Glosa, Barcelona, ed. 1ª, pp: 19-24.

59. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2006). *Manual de trastornos adictivos*, Sociedad española de toxicomanías, Editorial Enfoque, 1ª edición, pp.: 144.

Además, las sustancias depresoras, como el alcohol o las benzodiacepinas, pueden producir sintomatología psicótica en los momentos de abstinencia. No se conoce la relación exacta entre el consumo mantenido de cada sustancia y la presencia de sintomatología psicótica autolimitada, la aparición de psicosis crónicas o la esquizofrenia.⁴⁸

Los pacientes duales con esquizofrenia se consideran especialmente graves, tanto desde la perspectiva psicopatológica como social. Se sabe que presentan características clínicas específicas, en relación con los no duales. La edad de presentación de la psicosis es menor en los pacientes con esquizofrenia adictos que en los que no lo son, lo que se asocia a un peor pronóstico. El comienzo de la sintomatología suele preceder unos 2 años de media a la aparición de la adicción, aunque se ha publicado que, hasta en un tercio de los pacientes, el consumo de sustancias es anterior al primer episodio de esquizofrenia.^{37, 57}

En cuanto a la sintomatología y la gravedad, la mayoría de estudios coinciden en que presentan más síntomas positivos, más re hospitalizaciones y mayores tasas de suicidio. Sin embargo, algunos autores no observan diferencias importantes en la severidad de la sintomatología, comparada con los pacientes con esquizofrenia no abusadores de sustancias, e incluso argumentan que es menor, ya que se ha propuesto que la conducta de búsqueda de las sustancias requiere cierto nivel de funcionamiento atribuido a pacientes mejor conservados. La comorbilidad se ha asociado a mayor prescripción de dosis altas de neurolépticos y refractariedad al tratamiento antipsicótico). Los patrones de consumo de sustancias en pacientes con esquizofrenia tienen características propias: la dependencia del tabaco es más grave y se desarrolla antes que en la población general. El diagnóstico de abuso de alcohol es tan frecuente como el de dependencia.^{48, 57}

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). *Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales*, Jano, Nº 1720.

48. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Casas M. (2010). *Patología dual protocolos de intervención en Esquizofrenia*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, 1ª edición, pp.: 1-15.

57. Álvarez C, Arias F, Basurte I, Bobes J, Bousoño M, Casas M, Castells X, Didia-Attas J, Fernández R, García M, Henche A, Jiménez L, Martínez S, Martínez J, Negrete J, Ochoa E, Peris L, Ponce G, Poyo F, Szerman N, Vicens E. (2007). *Patología Dual en Esquizofrenia*, Editorial Glosa, Barcelona, ed. 1ª, pp: 19-24.

En relación con el género también hay diferencias. Las mujeres con esquizofrenia que consumen tóxicos son especialmente vulnerables a los efectos adversos del uso de sustancias, apareciendo éstos más rápidamente. La presentación y la evolución de la enfermedad en estas pacientes es habitualmente peor si se compara con los varones, al contrario de lo que ocurre cuando se trata de mujeres con esquizofrenia no consumidora.^{4, 57}

Las relaciones etiopatogénicas entre las psicosis y los TUS, pese a su alta frecuencia, no han sido perfectamente establecidas. Diversas teorías, unas de carácter más neurobiológico, otras más de tipo ambiental, han intentado dar respuesta a la comorbilidad entre la esquizofrenia y los TUS.^{11, 48}

La detección y evaluación del abuso de sustancias comórbido debe ser realizado sistemáticamente en pacientes con un trastorno de la esfera psicótica, dada la elevada prevalencia de esta comorbilidad y las complicaciones que esta conlleva. En este contexto puede ser esencial determinar la relación de temporalidad entre el abuso de sustancias y la aparición de síntomas psicóticos y puede ser necesaria la realización de un análisis toxicológico de orina.⁴⁸

En cualquier caso y tal como se ha mencionado en relación con el paciente bipolar, también con el paciente psicótico dual es esencial conocer la presencia de episodios similares previos en ausencia de consumo, si hay antecedentes familiares de esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Para ello puede ser muy útil entrevistar a un familiar. Esta evaluación, al menos en parte, es perfectamente aplicable desde el ámbito de la atención primaria, en gran medida porque el facultativo de atención primaria es quien mejor conoce al paciente y sus familiares.³⁷

4. Santis R, Casas M., (2006). *Diagnostico Dual, Ponencias, Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario*, 1-2

11. Rubio G, López F, Álamo C, Santo-Domingo J., (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*, Editorial Médica Panamericana.

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). *Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales*, Jano, Nº 1720.

48. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Casas M. (2010). *Patología dual protocolos de intervención en Esquizofrenia*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, 1ª edición, pp.: 1-15.

57. Álvarez C, Arias F, Basurte I, Bobes J, Bousoño M, Casas M, Castells X, Didia-Attas J, Fernández R, García M, Henche A, Jiménez L, Martínez S, Martínez J, Negrete J, Ochoa E, Peris L, Ponce G, Poyo F, Szerman N, Vicens E. (2007). *Patología Dual en Esquizofrenia*, Editorial Glosa, Barcelona, ed. 1ª, pp: 19-24.

2.4 RELACION ENTRE PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La personalidad ha sido definida de forma general como la totalidad de los rasgos emocionales y conductuales que caracterizan a una persona en condiciones normales, por lo que sería relativamente estable y predecible.⁵⁸

En la actualidad se asume que la personalidad es la suma de temperamento y carácter, es decir, el producto de las interacciones entre aspectos constitucionales, experiencias del desarrollo temprano y de la vida posterior; esta misma suma, se encuentra en la base de la relación entre los trastornos de la personalidad y el consumo de sustancias. Los trastornos de la personalidad son variantes de los rasgos de personalidad, inflexibles y desadaptativos, que causan o bien un deterioro funcional significativo o un malestar subjetivo.^{11, 59}

La clasificación DSM-IV-corrigido (DSM-IV-TR) los divide en tres grupos o *clusters* (reconociendo su utilidad a nivel de investigación y docencia, pero también sus limitaciones).⁵⁸

- **Clúster A** (raro-excéntrico): trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico.
- **Clúster B** (dramático-emocional): trastornos límite o *borderline*, histriónico, narcisista y antisocial.
- **Clúster C** (ansioso-temeroso): trastornos obsesivo-compulsivo, dependiente y evitativo.
- Se mantiene igualmente una categoría residual, el trastorno de personalidad no especificado, que incluiría trastornos mixtos o aquéllos en investigación.

11. Rubio G, López F, Álamo C, Santo-Domingo J., (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*, Editorial Médica Panamericana.

58. Peris L, Balaguer A. (2010). *Patología dual protocolos de intervención en trastorno de la personalidad*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-20.

59. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2006). *Manual de trastornos adictivos*, Sociedad española de toxicomanías, Editorial Enfoque, 1ª edición, pp.: 144

Los sujetos afectados por un trastorno de personalidad presentan alteraciones en su forma de sentir (afectividad), percibir (cognición), relacionarse con los demás y controlar sus impulsos. Al menos dos de estas áreas deben estar afectadas.³⁷

La cuarta revisión del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) clasifica estos trastornos en 3 grupos dimensionales, que contienen a su vez diferentes trastornos o categorías de personalidad. La mayoría de ellos cursan con trastornos por uso de sustancias, lo que hace necesaria la perspectiva de la patología dual para diagnosticarlos y aún más para tratarlos.³¹

El enfoque terapéutico de los trastornos de personalidad va a depender en gran medida de la perspectiva desde la que se aborden. Hasta hace poco más de dos décadas la aproximación psicológica era la más habitual, y se excluía así la base biológica disfuncional de los mismos, lo que pudo entre otros factores, orientar a la American Psychiatric Association a otorgarles una entidad distinta y clasificarlos en el eje II de los criterios diagnósticos DSM.^{22, 58}

De los diferentes trastornos de personalidad, el trastorno límite o *bordeline* (TLP) y el trastorno antisocial son los que han focalizado mayor atención clínica e investigadora, destacando por su prevalencia. De hecho, se calcula que los pacientes con TLP constituyen el 2% de la población general, el 11% de los que acuden a un centro de salud mental, el 20% de los que permanecen en unidades de agudos y, un número mucho más alto, aunque indeterminado, siguen tratamientos en dispositivos para tratamiento de conductas adictivas.⁵⁸

Es habitual que estos pacientes presenten conductas impulsivas de abuso de alcohol y cocaína y que otros desarrollen dependencia al alcohol, tabaco, cannabis y opiáceos.²³

22. Torrens M., (2008). *Patología dual: Situación actual y retos de futuro*, Adicciones, Vol.20 Núm. 4, 315—320

23. Lorenzo P, Ladero J, Leza J, Lizasoain I., (2009). *Drogodependencias*, 3ª edición, Editorial medica panamericana, 63-70

31. Bobes J., Sáiz P., Paz M., (2004). *Trastornos de personalidad en patología dual*, Monografías de Psiquiatría, vol. 16, Nº 4, 28-31

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). *Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales*, Jano, Nº 1720.

58. Peris L, Balaguer A. (2010). *Patología dual protocolos de intervención en trastorno de la personalidad*. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1ª, pp.: 1-20.

En muchas ocasiones se ha puesto en un primer plano esta conducta impulsiva, desconociendo el trastorno límite y valorando los trastornos típicos de este trastorno como producto del estilo de vida derivado del uso impulsivo o compulsivo de sustancias. Por parte de los pacientes, estos consumos pueden ser ocultados o puestos en un primer plano, hecho que genera confusión en los clínicos no experimentados. Cuando existe adicción, el foco terapéutico inicial se debe fijar en esta dependencia, a la que deben dirigirse ingentes y vigorosos esfuerzos, si es posible por personal especializado en patología dual de cualquiera de las dos redes.^{37, 22}

22. Torrens M., (2008). *Patología dual: Situación actual y retos de futuro*, Adicciones, Vol.20 Núm. 4, 315—320

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). *Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales*, Jano, Nº 1720.

CAPITULO III

JUSTIFICACIÓN

Diversos estudios epidemiológicos llevados a cabo sobre todo en Europa y EEUU, han demostrado una elevada prevalencia de patología dual en los pacientes de centros de drogodependencia y salud mental; probablemente el estudio E.C.A. por su metodología y amplitud sea uno de los que mayor información estadística aportado.

Entre los estudios europeos vale la pena mencionar uno que se ha realizado en la Comunidad de Madrid el cual ha mostrado una elevada prevalencia de trastornos duales.

La comorbilidad es un fenómeno que suscita gran complejidad, y es común que los pacientes presenten mayor número de recaídas y hospitalizaciones psiquiátricas, así como un elevado riesgo de suicidio y menor adherencia al tratamiento, si no reciben un adecuado abordaje terapéutico; el mismo que no siempre se logra debido a un déficit en la formación profesional y a la descoordinación entre los diversos recursos asistenciales y los distintos programas de tratamiento. Por lo cual fue necesario la realización de estudios en nuestro medio para conocer la frecuencia del problema y ya que no se dispone de datos sobre la prevalencia de patología dual en población ecuatoriana, se pretende con esta investigación dar una primera aproximación a la problemática actual en las dos redes asistenciales principales encargadas de la atención a estos pacientes, la red de asistencia al paciente adicto y la red de salud mental.

Por lo tanto se llevó a cabo el estudio en un centro de referencia como el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, el cual abarca gran parte de la población con trastornos mentales y de uso de sustancias, siendo el segundo más grande a nivel nacional; logrando así una referencia estadística más apropiada, que permita optimizar y organizar los recursos sanitarios.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA Y OBJETIVOS

4.1 PROBLEMA:

¿Cuál es la frecuencia y distribución de patología dual en los pacientes hospitalizados en el Instituto psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012?

4.2 OBJETIVO GENERAL:

- a. Conocer la prevalencia de patología dual tanto en la unidad de salud mental como de drogodependencia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús durante el mes de Septiembre del año 2012.

4.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- a. Comparar las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes hospitalizados que presenten diagnóstico de patología dual (Grupo Patología dual) con los pacientes que tengan trastorno mental sin trastorno por uso de sustancias concurrente (Grupo Trastorno mental).
- b. Establecer el grado de asociación entre los trastornos mentales no relacionados con sustancias y TUS más prevalentes en los pacientes con diagnostico dual.
- c. Estudiar la asociación entre tipo de trastorno mental y la presentación de patología dual.

4.4 HIPÓTESIS

- a. La patología dual es más frecuente en la unidad de drogodependencia que en la unidad de salud mental general, del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús durante el mes de Septiembre del año 2012.

4.5 METODOLOGÍA

4.5.1 TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo transversal observacional

4.5.2 SUJETOS EN ESTUDIO: Los sujetos en estudio fueron todos los pacientes hospitalizados en la unidad de drogodependencias y salud mental del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, que presentaron trastornos mentales agudos o crónicos y/o un trastorno mental relacionado con el uso de sustancias.

4.5.3 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Debido a la carencia de datos estadísticos en el Ecuador del tema en estudio, el tamaño de la muestra proviene del trabajo *“Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid, Asociación española de Patología Dual, Noviembre 2008”* donde se menciona una prevalencia del 53.2%

El tamaño de la población es de 215 sujetos, que corresponde a la capacidad total de alojamiento del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de Jesús, dato proporcionado por el director del Instituto, Dr. Ericson Toscano.

Mediante la utilización del programa IBM SPSS se calculó el tamaño de la muestra:

| Proporción: Datos: | Resultados: | |
|-----------------------------|----------------------|----------------|
| Tamaño de la población: 215 | Precisión (%) | Muestra |
| Proporción esperada: 53,2% | 5 | 138 |
| Nivel de confianza: 95,0% | | |
| Efecto de diseño: 1 | | |

4.5.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Pacientes que presenten abuso/dependencia de sustancias o algún trastorno psiquiátrico
- Pacientes hospitalizados en la unidad de drogodependencia y salud mental con algún trastorno mental no relacionado con sustancias
- Pacientes que acepten participar en el estudio voluntariamente y hayan firmado el consentimiento informado.

4.5.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

- a. Pacientes que decidan retirarse voluntariamente del estudio
- b. Pacientes que no estén facultados física o mentalmente para responder al cuestionario.

4.5.6 VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES (ANEXO 1)

4.5.7 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Posterior a la explicación del estudio y la firma del consentimiento informado de los entrevistados se procedió a realizar la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0 (Anexo 5) para determinar trastornos mentales en los pacientes drogodependientes, y a su vez se realizó la misma entrevista tomando los módulos K y J pertenecientes a abuso/dependencia de alcohol y otras sustancias psicoactivas excepto nicotina, en los pacientes con trastorno mental no relacionado con sustancias.

Adicionalmente, se revisó las historias clínicas de la base de datos del Instituto Sagrado Corazón de Jesús, para especificar los diagnósticos que se han realizado previamente tanto al grupo de pacientes con TMNRS y al grupo con TMCS, por médicos del establecimiento.

No se exploró trastornos de la personalidad debido a que no fue objetivo del presente estudio buscar asociación patológica con los trastornos del Eje II del DSM IV, salvo el trastorno de la personalidad antisocial, el cual se ha reportado en los estudios epidemiológicos como el más prevalente en la población con trastorno por uso de sustancias.

Además se realizó una encuesta sociodemográfica (Anexo 2) previamente diseñada a todos los pacientes hospitalizados, tanto en la unidad de drogodependencias como en la unidad de salud mental.

4.5.8 METODO DE ANALISIS DE DATOS

Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 19 para realizar toda la tabulación y análisis de los datos recolectados, realizando estadística descriptiva y relacional para determinadas variables.

Se calcularon las frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas para todos los pacientes incluidos en el estudio.

Para determinar la relación entre patología dual con el tipo de trastorno mental no relacionado con sustancias y la clase de sustancia de abuso/dependencia de uso más frecuente, al ser variables cualitativas se sometió a prueba de Chi cuadrado para determinar si existe o no asociación estadística y posteriormente se procedió a establecer la fuerza de la asociación mediante el cálculo del Odds ratio (OR) para aquellas relaciones que resultaron ser estadísticamente significativas. El nivel de significación estadística fue del 5% ($p < 0,05$).

4.6 ASPECTOS BIOETICOS

Este estudio se realizó manteniendo las directrices de la declaración de Helsinki para solicitar la participación de los candidatos en la investigación; después de una explicación amplia de los objetivos y alcances de este trabajo a los mismos, se les pidió su firma del consentimiento informado. (Anexo 3). No se utilizaron datos personales de las historias clínicas, ni se indagó sobre ellos en los cuestionarios, protegiendo así la identidad de los participantes.

Además se solicitó los permisos necesarios en la institución donde se ejecutó la investigación; haciendo llegar una copia del borrador a la persona encargada de emitirlos.

4.7 ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Los aspectos administrativos y cronograma de actividades se resumen en el Anexo 4.

CAPITULO V

RESULTADOS

La edad media del global fue 54,2 años, predominando el género masculino con un 60,9%. Participaron pacientes de todas las unidades del instituto psiquiátrico, la distribución de los mismos por unidad de hospitalización fue 11 (8%) sujetos procedentes de la unidad de ingresos, 62 (44,9%) sujetos de la unidad de media estancia, 54 (39,1%) de la unidad de larga estancia y 11 (8%) de la unidad de drogodependencia. De acuerdo al conviviente, se encontró que el 39,9% de los pacientes permanecen exclusivamente en la institución psiquiátrica, y además que el 44,9% no tienen actividad laboral.

Las características sociodemográficas de género, estado civil, convivencia, nivel de estudios, situación laboral y patología orgánica asociada de la muestra total, se presentan en la figura 1, figura 2, figura 3, figura 4, figura 5 y figura 6 respectivamente.

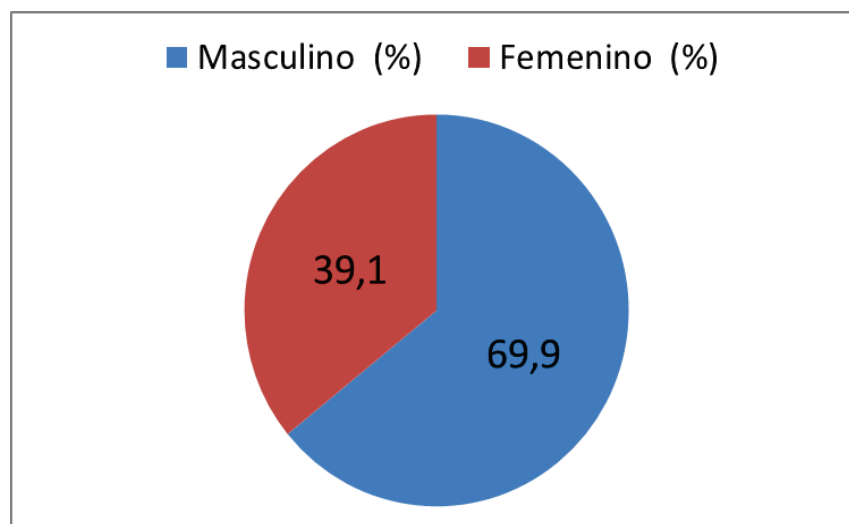


Figura 1. Distribución por género (N=138)

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

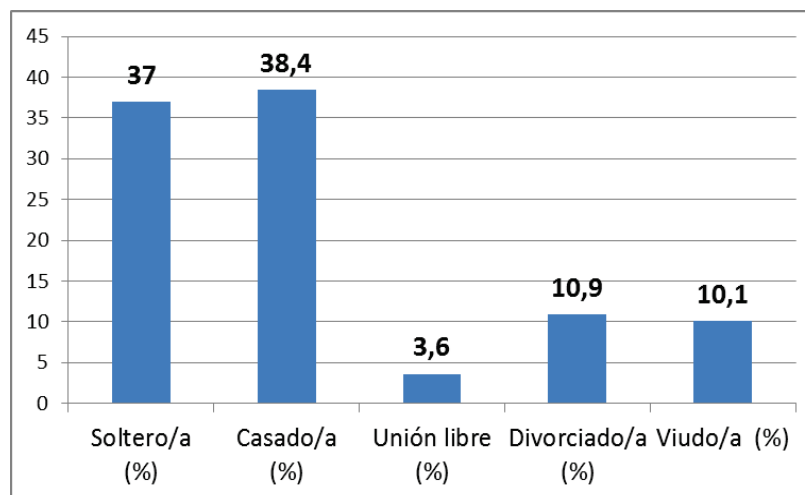


Figura 2. Distribución por estado civil (N=138)

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

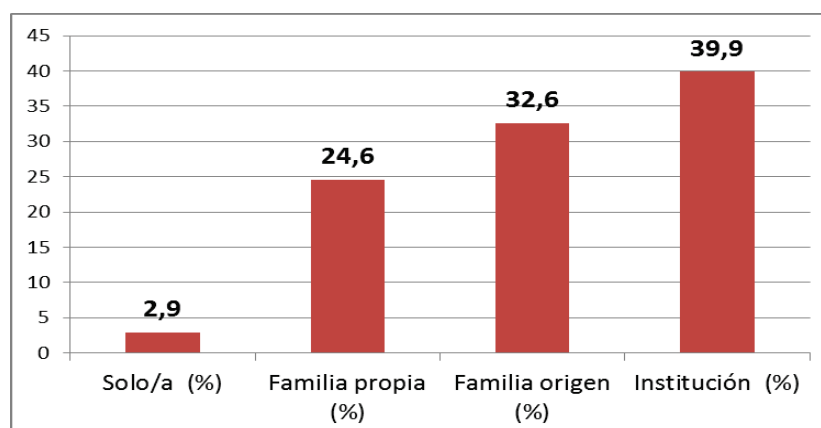


Figura 3. Distribución de acuerdo al conviviente (N=138)

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

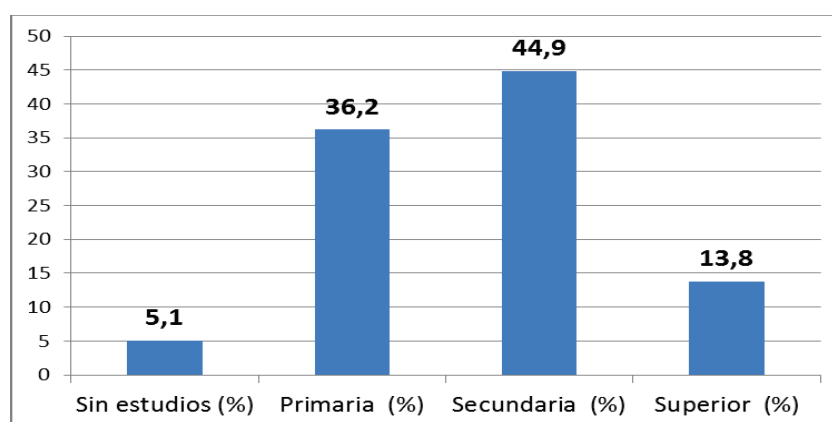


Figura 4. Distribución por nivel de estudios (N=138)

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

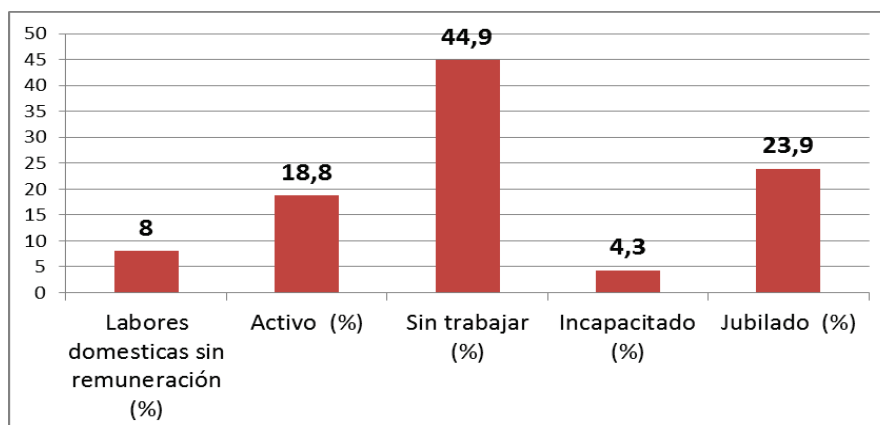


Figura 5. Distribución por situación laboral (N=138)

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

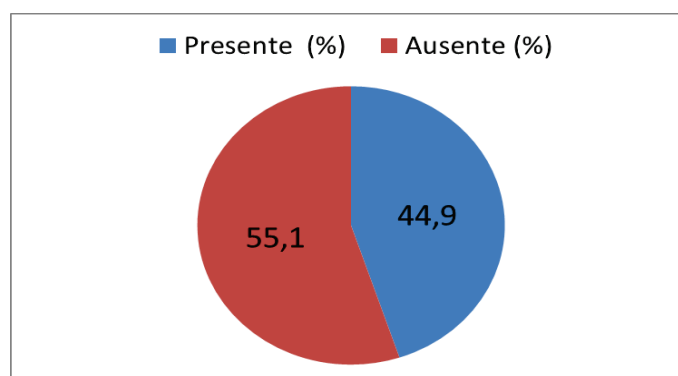


Figura 6. Patología orgánica asociada (N=138)

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

5.1 Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con patología dual (Grupo PD) y pacientes con trastorno mental sin TUS concurrente (Grupo TM).

De los 138 pacientes estudiados se encontró que un 21% presentó un TUS de manera concurrente con otro trastorno psiquiátrico (Grupo PD) de los cuales 11 sujetos (37,9%) procedían de la unidad de drogodependencia y 18

(62,1%) de las unidades de salud mental general; mientras que el 69% restante presentó un trastorno mental sin TUS (Grupo TM).

En la tabla 5 se muestran las variables clínicas y sociodemográficas de los grupos PD y TM.

Tabla 5. Características sociodemográficas del Grupo PD y TM

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

| VARIABLE | GRUPO PD (n=29) | GRUPO TM (n=109) |
|--|--------------------|---------------------|
| Edad (años) $\bar{X} \pm DT^*$ | 31,76 \pm 15,3 | 60,22 \pm 17,2 |
| Género | | |
| Masculino (%) | 69 | 58,7 |
| Femenino (%) | 31 | 41,3 |
| Estado civil | | |
| Soltero/a (%) | 51,7 | 33 |
| Casado/a (%) | 27,6 | 41,3 |
| Unión libre (%) | 3,4 | 3,7 |
| Divorciado/a (%) | 17,2 | 9,2 |
| Viudo/a (%) | - | 12,8 |
| Conviviente | | |
| Solo/a (%) | 3,4 | 2,8 |
| Familia propia (%) | 31 | 22,9 |
| Familia origen (%) | 62,1 | 24,8 |
| Institución (%) | 3,4 | 49,5 |
| Nivel de educación | | |
| Sin estudios (%) | - | 6,4 |
| Primaria (%) | 10,3 | 43,1 |
| Secundaria (%) | 69 | 38,5 |
| Superior (%) | 20,7 | 11,9 |
| Situación laboral | | |
| Labores domésticas sin remuneración (%) | 6,9 | 8,3 |
| Activo (%) | 37,9 | 13,8 |
| Sin trabajar (%) | 48,3 | 44 |
| Incapacitado (%) | - | 5,5 |
| Jubilado (%) | 6,9 | 28,4 |
| Patología orgánica asociada | | |
| Presente (%) | 31 ^{**} | 48,6 |
| Unidad de procedencia | | |
| Ingresos (%) | 3,4 | 9,2 |
| Media estancia (%) | 37,9 | 46,8 |
| Larga estancia (%) | 20,7 | 44 |
| Drogodependencia (%) | 37,9 | - |

* $\bar{X} \pm DT$: promedio \pm desviación típica. ** Hepatopatías 3 (10,3%); Otras patologías [Síndrome de Gilbert/hipotiroidismo/artritis reumatoide] 6 (20,7%)

5.1.1 Trastornos mentales no relacionados con sustancias

En relación al diagnóstico es importante destacar como en el grupo PD predominó el episodio depresivo mayor y riesgo de suicidio alcanzando un 41,4% y 48,3% respectivamente, mientras que en el grupo TM solo supuso el 9,2% el episodio depresivo mayor y 4,6% riesgo de suicidio. De forma inversa en los pacientes TM los trastornos psicóticos representaron el 37,6% mientras que en grupo PD solo alcanzó el 13,8%.

Se debe destacar que en ambos grupos hubo predominio de la categoría *Otras* la cual abarco los trastornos que no evalúa la entrevista neuropsiquiátrica MINI; ésta variable se clasificó en trastornos afectivos (ej. Trastorno bipolar) y cognoscitivos (Demencias), encontrando que en el grupo PD el 100% de los pacientes tuvieron trastornos afectivos mientras que en el grupo TM el 23,9% fueron trastornos cognoscitivos y el 26,6% trastornos afectivos.

Es interesante señalar que el trastorno antisocial de la personalidad fue más prevalente en los pacientes duales con el 17,2% en comparación con el 2,8% correspondiente al grupo TM. La coexistencia de dos o más diagnósticos psiquiátricos fue más prevalente en el grupo PD con 65,5% frente a solo el 8,3% en los pacientes TM.

En la figura 7 se presenta de forma esquemática la distribución de los trastornos mentales no relacionados con sustancias de acuerdo al grupo patología dual (Grupo PD) y grupo trastorno mental (Grupo TM).

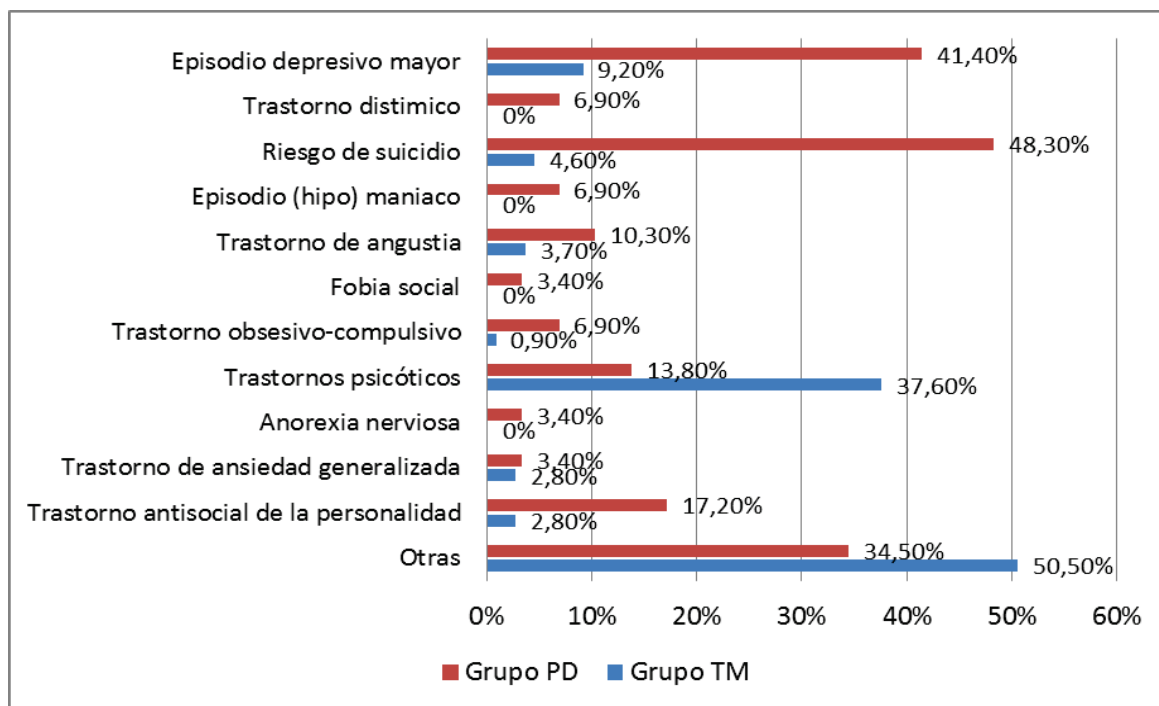


Figura 7. Trastornos mentales no relacionados con sustancias, distribución porcentual en pacientes con y sin PATOLOGÍA DUAL (N=138).

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

5.1.2 Trastornos por uso de sustancias

En los pacientes con patología dual las drogas de mayor consumo en orden de frecuencia fueron alcohol, cocaína y marihuana presentando el 79,3% (23 sujetos), 55,2% (16 sujetos) y 41,4% (12 sujetos) respectivamente. Entre los pacientes adictos un 69% presentaron policonsumo, es decir consumo de más de una sustancia.

En el estudio no se encontraron pacientes con diagnóstico aislado de drogodependencia sin trastorno mental.

En la figura 8 se presenta de forma esquemática la distribución de los trastornos por uso de sustancias.

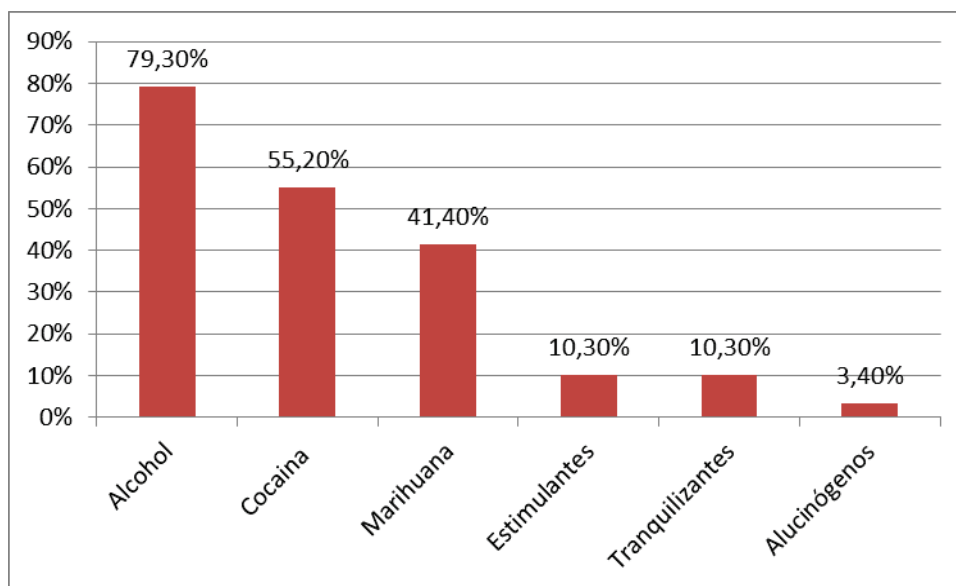


Figura 8. Uso de sustancias, distribución porcentual (N=29).

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

5.2 Asociación entre los trastornos mentales no relacionados con sustancias y TUS más prevalentes en los pacientes duales.

Se comparó los trastornos psiquiátricos y sustancias de consumo más prevalentes en el grupo PD (tabla 3) encontrándose una relación estadísticamente significativa entre el abuso/dependencia de cocaína y la presentación de episodio depresivo mayor al compararlo con el grupo PD que no tenían trastorno depresivo ($p < 0,03$) y un OR de 5.5 (IC del 95% 1,65-28,4); en el resto de relaciones no se encontró significación estadística.

Tabla 6. Relación entre los trastornos mentales y adictivos más prevalentes en el grupo PD.

Fuente: Bustos M. (2012). Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico "Sagrado Corazón de Jesús" de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012, Tesis de grado.

| | Pacientes con patología dual y TRASTORNO DEPRESIVO (n=12) n (%) | Pacientes con patología dual SIN TRASTORNO DEPRESIVO (n=17) n (%) | Chi cuadrado (p<0.05) | Odds Ratio (IC del 95%) |
|-----------------------------------|--|---|--------------------------|----------------------------|
| Abuso/dependencia de alcohol | 10 (83,3) | 13 (76,5) | 0,65 (NS*) | - |
| Abuso/dependencia de cocaína | 9(75) | 6 (35,3) | 0,035 (ES**) | 5,5 (1,65-28,4) |
| Abuso/dependencia de marihuana | 5 (41.7) | 7 (41,2) | 0,97 (NS) | - |
| | Pacientes con patología dual y RIESGO DE SUICIDIO (n=13) n (%) | Pacientes con patología dual SIN RIESGO DE SUICIDIO (n=16) n (%) | Chi cuadrado (p<0.05) | Odds Ratio (IC del 95%) |
| Abuso/dependencia de alcohol | 11 (84,6) | 12 (75) | 0,66 (NS) | - |
| Abuso/dependencia de cocaína | 8 (61,5) | 7 (43,8) | 0,34 (NS) | - |
| Abuso/dependencia de marihuana | 6 (46,2) | 6 (37,5) | 0,63 (NS) | - |
| | Pacientes con patología dual y TRASTORNOS PSICOTICOS (n=4) n (%) | Pacientes con patología dual SIN TRASTORNOS PSICOTICOS (n=25) n (%) | Chi cuadrado (p<0.05) | Odds Ratio (IC del 95%) |
| Abuso/dependencia de alcohol | 3 (75) | 20 (80) | 0,80 (NS) | - |
| Abuso/dependencia de cocaína | 1 (25) | 14 (56) | 0,24 (NS) | - |
| Abuso/dependencia de marihuana | 2 (50) | 10 (40) | 0,70 (NS) | - |

* NS= No significativo, ** ES= Estadísticamente significativo

5.3 Asociación entre tipo de trastorno mental y la presentación de patología dual.

En la muestra total se relacionó los trastornos psiquiátricos más prevalentes con la presencia o ausencia de patología dual, encontrando una asociación estadísticamente significativa entre trastorno depresivo y presencia de patología dual ($p<0.01$; OR: 6.98 IC95%: 2.61-18.7) mientras que con trastornos psicóticos se obtuvo: $p<0.015$, OR: 0.26 IC95%: 0.086-0.817).

Además se determinó la probabilidad de presentar riesgo de suicidio en los pacientes duales obteniendo una $p<0.01$ con un OR: 16.9 IC95%: 5.3-53.7

CAPITULO VI

Discusión

El hallazgo en este estudio de una prevalencia del 21% de patología dual, debido a la presencia de TUS concurrente a otro trastorno mental, alcanza resultados similares a los encontrados en otros medios socioculturales. Aunque algunos autores amplían el rango de prevalencia desde un 12% a un 60%.^{32, 33}

Varios trabajos sitúan esa prevalencia entre un 22% y un 49%. Por ejemplo, Brady y col.³⁴ encontraron que 29 de 100 pacientes consecutivos admitidos en una unidad de pacientes agudos cumplían criterios DSM-III-R para TUS en los 30 días previos a su ingreso.

De forma similar, Barnaby y col.³⁵, en una muestra de pacientes ingresados en 2 hospitales de Londres, encontraron que el 22% presentaba dependencia alcohólica y que el 27% había consumido drogas en los 30 días previos. Con algo de diferencia Szerman y col.³⁶ en un estudio piloto realizado en la comunidad de Madrid en unidades de drogodependencia y salud mental reportó una prevalencia de 34%, y posteriormente en un nuevo estudio realizado por los mismos autores se reportó una prevalencia de 53,2%.¹⁷ Dato que se tomó como referencia para el presente trabajo.

Sin embargo hay que señalar que la variabilidad en las cifras de prevalencia encontradas, obedece sobre todo a las dificultades metodológicas propias de la investigación de patología dual, como por ejemplo la heterogeneidad de las muestras en las que se lleva a cabo los estudios, el lugar en el que son atendidos los pacientes: centros de drogodependencias; centros de salud mental; centros penitenciarios, etc., momento de la evaluación

17. Szerman N, Arias F, Vega P, Babin F, Pérez B, Villamor I, Morante C, Ochoa E, Poyo F., (2011). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid, *Adicciones*, vol. 23, N° 3, 249-255

32. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. (2004). Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res*; 67:157-166.

33. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harri son G. (1999). Prevalence of substance misuse in first episode psychosis. *Br J Psychiatry*; 174:150-153.

34. Brady K, Casto S, Lydiard RB, Malcolm R, Arana G. (1991). Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 17:389-397.

35. Barnaby B, Drummond C, McCloud A, Burns T, Omu N. (2003). Substance misuse in psychiatric in patients: comparison of a screening questionnaire survey with case notes. *Br Med J*; 327:783-784.

36. Szerman N, Arias F, Vega P, Babin F, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid, *Adicciones*, VOL. 23 NÚM. 3: 249-255.

(tiempo de abstinencia), tipo de instrumento de evaluación utilizado y diferentes criterios diagnósticos. Así los datos que se obtuvo en este estudio si bien son compatibles con algunos trabajos, difieren de otros debido posiblemente al tipo de población en el que fue realizado donde se encontró un claro predominio de pacientes que han permanecido hospitalizados más de un año en la institución psiquiátrica, lo cual resultó en menor consumo de sustancias y al haber utilizado la entrevista neuropsiquiátrica MINI, solo se indagó el abuso/dependencia de drogas durante los últimos doce meses.

Además, como señala Szerman y col.³⁶ las características de los pacientes duales cambian con el entorno clínico y el diagnóstico de dualidad puede llegar a ser más prevalente en la red de drogodependencia que en salud mental; limitación que estuvo presente en la investigación al contar solo con 11 pacientes pertenecientes a la unidad de adicciones, lo cual podría constituir un sesgo muestral y dar lugar a una menor prevalencia.

Por otro lado en cuanto a las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se observó que existía una mayor proporción de pacientes varones jóvenes, con predominio de solteros, en el grupo PD. Datos que también se han sido especificados por otros autores.^{2, 16, 17}

Además se encontró un promedio de edad de 31,7 años cifra que guarda relación con otros reportes como el de Rodríguez y col.² quienes muestran un promedio de edad de 32,7 años.

Respecto al diagnóstico es destacable el importante predominio del trastorno depresivo en el grupo PD, donde llegó a representar el 41,4% de los casos, en comparación con el 9,2% que este trastorno alcanzó entre los pacientes del grupo TM. Este resultado viene a subrayar la estrecha relación existente entre el consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos graves,

2. Rodríguez R, Aragüés M, Jiménez M, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, Hoenicka J., (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales, Investigación clínica, 195-205

16. Casas M, Guardia J., (2005). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo, Revista Adicciones, Vol. 14, Suplemento. 1

17. Szerman N, Arias F, Vega P, Babín F, Pérez B, Villamor I, Morante C, Ochoa E, Poyo F., (2011). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid, Adicciones, vol. 23, N° 3, 249-255

36. Szerman N, Arias F, Vega P, Babín F, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid, Adicciones, VOL. 23 NÚM. 3: 249-255.

apuntada igualmente por otros autores^{11, 37, 47} donde señalan que casi un tercio de los pacientes con un trastorno por uso de sustancias presenta criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor, y hay una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de riesgo de suicidio y patología dual (41,35 frente a 13,52%; $p < 0,0001$) tal como se encontró en el presente estudio con cifras de riesgo de suicidio del 48,3% entre los pacientes duales y una asociación significativa $p < 0.01$ con un OR: 16.9 IC95%: 5.3-53.7.

Esto hace que los pacientes con depresión asociada al consumo de drogas sean objetivo de diagnóstico y tratamiento precisos por el riesgo añadido que conllevan.

A su vez se encontró que los trastornos psicóticos fueron más prevalentes en el grupo TM representando el 37,6% respecto al 13,8% del grupo PD, cifras que difieren de otros estudios donde señalan porcentajes de hasta el 70-80%.^{2, 36, 38} Se considera que esta discordancia está justificada por el hecho de que en la muestra del presente estudio la estancia de los pacientes del grupo TM con diagnóstico de trastornos psicóticos es de larga data (más de un año) correspondiendo a la unidad de larga estancia más del 50% de los pacientes psicóticos, lo cual les hace menos susceptibles de presentar algún tipo de adicción al permanecer en la institución por largos periodos de tiempo.

La categoría *Otros* que englobó trastornos afectivos y cognitivos alcanzó el 50,5% en el grupo TM respecto al obtenido en el grupo PD que represento el 34,5% sin embargo de este ultimo los trastornos afectivos, principalmente trastorno bipolar, representaron el 100% de los pacientes duales. Lo cual concuerda con otros autores^{37, 39} que se refieren al trastorno bipolar como un desorden psiquiátrico con una alta asociación con el abuso o dependencia de

2. Rodríguez R, Aragüés M, Jiménez M, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, Hoenicka J., (2008). Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales, Investigación clínica, 195-205

11. Rubio G, López F, Álamo C, Santo-Domingo J., (2002). Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias, Editorial Médica Panamericana.

36. Szerman N, Arias F, Vega P, Babín F, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F. (2011). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid, Adicciones, VOL. 23 NÚM. 3: 249-255.

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales, Jano, Nº 1720.

38. Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. American Journal of Addictions, 15, 345-355.

39. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. y Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA, 264, 2511-2518.

47. Torrens M, Martínez D, Szerman N. (2009). Patología dual protocolos de intervención en Depresión. Sociedad española de patología dual, Editorial: EDIKAMED, 1ª edición, pp.2-5.}

sustancias, el cual se caracteriza por presentar crónicamente episodios con sintomatología maniforme, depresiva o mixta. El consumo es más frecuente en los pacientes bipolares con depresión mayor que en la población general. Por otro lado en el grupo TM del 50,5% que alcanzó la categoría *Otras*, el 47,3% correspondió a trastornos cognoscitivos y el 52,6% a trastornos afectivos, cifras que se explican por un mayor número de pacientes geriátricos con cuadros demenciales y estadía de larga estancia en este grupo de estudio.

Al analizar el consumo de sustancias se ha observado una mayor presencia de patología dual entre los dependientes de alcohol, cocaína y marihuana siendo el alcohol la sustancia consumida de manera más prevalente y la dependencia de cocaína la que presentó una mayor asociación con trastornos depresivos ($p=0,035$). De igual forma en estudios como el Epidemiologic Catchment Area (ECA) ³⁹ ya señalaron que la dependencia de cocaína era la que presentaba una mayor asociación con los trastornos mentales.

Otros autores ^{19,37,41} también encontraron una alta prevalencia (73,4%) de diagnóstico dual entre los adictos a la cocaína destacando la presencia de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad.

Al igual que otros estudios de prevalencia de la patología dual, se ha excluido la dependencia de nicotina para dicho análisis al no haberse planteado como motivo de estudio debido a que involucra otro tipo de instrumento diagnóstico al utilizado en el presente trabajo, sin embargo como señala Gálvez y col. ⁴⁰ La dependencia a la nicotina se relaciona con dificultades para disminuir la cantidad consumida, lograr mantenerse abstinencia por tiempos prolongados y la presencia de un trastorno afectivo o fenómenos psicóticos en el adicto. Por lo tanto, la dependencia a la nicotina debe considerarse como un

19. Alamo C, López-Muñoz F, Martín B, García-García P, Cuenca E., (2002). Depresión y abuso de sustancias: Hipótesis etiopatogénicas del trastorno dual, *Interpsiquis*, 3º Congreso virtual de Psiquiatría, 2-5

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales, *Jano*, Nº 1720.

39. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. y Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.

40. Gálvez J, Rincón D. (2008). Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica. *Revista colombiana de psiquiatría*, Vol. 37 Nº 3.

41. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesías B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babin F. (2012) Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Rev Psiquiatr Salud Ment* (Barc.).

factor de riesgo modificable relacionado con la presencia, desarrollo y curso de trastornos mentales graves.

En cuanto a limitaciones del estudio, el diagnóstico de TUS se realizó por medio de entrevista clínica, no se incluyó en el protocolo el análisis toxicológico o el uso de otras fuentes de información externa.

Como se mencionó anteriormente en cuanto a la muestra, el número de pacientes procedentes de las unidades de salud mental y drogodependencias no fueron homogéneos y por otro lado el estado mental de los pacientes que decidieron participar en el estudio pudo comprometer la veracidad de las respuestas en la entrevista, constituyendo un importante sesgo.

Se utilizó un instrumento de investigación que no abarco la totalidad de diagnósticos psiquiátricos no relacionados con sustancias, sin embargo al ser una entrevista estructurada estandarizada se considera que a su vez una fortaleza. Además es importante señalar que es el primer estudio sobre el tema realizado en nuestro medio con lo que se pretende dar la pauta para una mayor investigación teniendo una aproximación al problema.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- a. Se encontró una prevalencia elevada de patología dual correspondiente al 21%.
- b. La patología dual afecta a pacientes masculinos adultos jóvenes incidiendo en su vida laboral activa, dado que el 48,1% no trabajan. Lo que refleja el impacto social y económico que conlleva esta enfermedad.
- c. El 62,1% de los pacientes duales proceden de las unidades de salud mental general, mientras que el 37,9% pertenecen a la unidad de adicción.
- d. Los pacientes con diagnóstico dual presentan cifras más prevalentes de riesgo de suicidio alcanzando el 48,3%; lo que les confiere mayor gravedad psicopatológica e inestabilidad emocional.
- e. La asociación entre depresión mayor y trastornos por uso de sustancias es la patología dual más frecuente en el ámbito de las adicciones a sustancias con cifra del 41,4%.
- f. Los pacientes duales con episodios depresivos tienen más riesgo de presentar abuso/dependencia de cocaína presentando significancia estadística ($p < 0.03$).
- g. La entrevista neuropsiquiátrica MINI 5.0 es un instrumento adecuado para la recolección de datos por su bajo costo y rápida ejecución, sin embargo es poco sensible para diagnosticar patología dual.

7.2 Recomendaciones

- a. Se recomienda la utilización de instrumentos diagnósticos adaptados específicamente para la detección de patología dual primaria, que sean llevados a cabo por profesionales con experiencia en psiquiatría, lo cual permitirá realizar un diagnóstico temprano y por ende un mejor tratamiento.
- b. Es conveniente realizar trabajos prospectivos que identifiquen factores etiológicos en los pacientes con diagnóstico dual.
- c. Se debe realizar en el país, estudios que involucren un mayor número de centros asistenciales tanto de drogas como de salud mental para contar con una población más representativa y así tener una mejor apreciación del problema.
- d. Incorporar un análisis toxicológico en estudios de patología dual puede ser importante con el fin de establecer relación de temporalidad entre el abuso de sustancias y la aparición de síntomas de trastornos mentales.
- e. Por la alta prevalencia que presenta la patología dual es importante que se incorpore como tema en el pensum de estudios de las universidades que forman profesionales en salud.

CAPITULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Rivera G., (2010).** Memoria científica formación en patología dual grave, programa JOFRE,7
2. **Rodríguez R, Aragüés M, Jiménez M, Ponce G, Muñoz A, Bagney A, Hoenicka J., (2008).** Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: Prevalencia y características generales, Investigación clínica, 195-205
3. **Rivera G., (2009).** Introducción a la patología dual, WPA Research Fellow Award, Universidad de Melbourne, garroyo@unimelb.edu.au
4. **Santis R, Casas M., (2006).** Diagnostico Dual, Ponencias, Encuentros nacionales sobre drogodependencias y su enfoque comunitario, 1-2
5. **Mateu G, Àstals M, Torrens M., (2005).** Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento, Adicciones, Vol. 17, Supl. 2
6. **Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Collins K, Keys J and Kotria KJ., (2003).** Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. Ann Emerg Med, 41, 659-667
7. **Lambert MT, LePage JM and Schmitt AL., (2003).** Five-year outcome following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. Am J Psychiatry, 160, 1350-1353
8. **Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C and Corkery J., (1999)** Suicide among drug addicts in the United Kingdom, Br J Psychiatry, 175, 277-28
9. **Appleby L, (2000).** Drug misuse and suicide: A tale of two services, Addiction, 95, 175-177
10. **Aharonovich E, Liu X, Nunes E, and Hasin DS, (2002).** Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. Am J Psychiatry, 159, 1600-1602
11. **Rubio G, López F, Álamo C, Santo-Domingo J., (2002).** Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias, Editorial Médica Panamericana.
12. **Mohammed T. Abou-Saleh., (2004).** Dual diagnosis: management within a psychosocial context, Advances in Psychiatric Treatment, vol. 10, 352–360
13. **Torrens M, Fonseca F, Mateu G and Farre M., (2005).** Efficacy of antidepressant in substance use disorders with and without comorbid,

depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 78, 1-22.

14. Mestre J., (2011). Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso, Tesis doctoral, Grupo de investigación Neurociencias, 15

15. Tenorio J, Marcos J., (2000). Trastornos duales: Tratamiento y coordinación, *Papeles del psicólogo*, 77, 58-63

16. Casas M, Guardia J., (2005). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo, *Revista Adicciones*, Vol. 14, Suplemento. 1

17. Szerman N, Arias F, Vega P, Babin F, Pérez B, Villamor I, Morante C, Ochoa E, Poyo F., (2011). Estudio epidemiológico para determinar la prevalencia, diagnóstico y actitud terapéutica de la patología dual en la comunidad de Madrid, *Adicciones*, vol. 23, N° 3, 249-255

18. Koldobsky N. Trastornos de Personalidad y Trastornos del Uso de Sustancias. Comunicación presentada en el 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Buscar en:
<http://www.psiquiatria.tv/bibliopsiquis/bitstream/10401/877/1/16cof145444.pdf>
 (visualizado el 10 de julio de 2012).

19. Alamo C, López-Muñoz F, Martín B, García-García P, Cuenca E., (2002). Depresión y abuso de sustancias: Hipótesis etiopatogénicas del trastorno dual, *Interpsiquis*, 3º Congreso virtual de Psiquiatría, 2-5

20. Rubio G., (2000). ¿Qué es la Patología Dual? Alteraciones de conducta y abuso de sustancias, *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, Vol. 2, Número 3, pp. 74-76

21. Hien D, Zimberg S, Weisman S, First M, Ackerman S., (1997). Dual diagnosis subtypes in urban substance abuse and mental health clinics, *Psychiatric services*, vol. 48, N°8, 1058-1063

22. Torrens M., (2008). Patología dual: Situación actual y retos de futuro, *Adicciones*, Vol.20 Núm. 4, 315—320

23. Lorenzo P, Ladero J, Leza J, Lizasoain I., (2009). Drogodependencias, 3º edición, Editorial medica panamericana, 63-70

24. Drake RE., (2004) Dual diagnosis. *Psychiatry*; 3(10):60-63.

- 25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.^a ed. TR (2000).** Washington DC: American Psychiatric Press.
- 26. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW., (1999).** Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del eje I del DSM-IV, Versión clínica. Barcelona: Masson.
- 27. Organización Mundial de la Salud., (1998).** Composite International Diagnostic Interview (CIDI): Core, Versión 2.1 (WHO, Geneva).
- 28. Janca A, Ustun TB, and Sartorius N., (1994).** New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders, *Acta Psychiatrica Scand*, 90, 73-83.
- 29. Hasin D, Trautman K, Miele G, Endicott J., (2001).** Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM), New York State Psychiatric Institute/Columbia University.
- 30. García-Portilla MP, Bobes J, Parellada M, Bascarán MT, Sáiz P, Bousoño M., (2008).** Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica, 5^o edición,
- 31. Bobes J., Sáiz P., Paz M., (2004).** Trastornos de personalidad en patología dual, *Monografías de Psiquiatría*, vol. 16, N° 4, 28-31
- 32. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. (2004).** Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res*; 67:157-166.
- 33. Cantwell R, Brewin J, Glazebrook C, Dalkin T, Fox R, Medley I, Harrison G. (1999).** Prevalence of substance misuse in first episode psychosis. *Br J Psychiatry*; 174:150-153.
- 34. Brady K, Casto S, Lydiard RB, Malcolm R, Arana G. (1991).** Substance abuse in an inpatient psychiatric sample. *Am J Drug Alcohol Abuse*; 17:389-397.
- 35. Barnaby B, Drummond C, McCloud A, Burns T, Omu N. (2003).** Substance misuse in psychiatric in patients: comparison of a screening questionnaire survey with case notes. *Br Med J*; 327:783-784.
- 36. Szerman N, Arias F, Vega P, Babín F, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F. (2011).** Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual

en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid, Adicciones, VOL. 23 NÚM. 3: 249-255.

37. Szerman N, Basurte I, Roncero C, Martínez-Raga J y Vega P. (2008). Patología dual: conductas adictivas y otros trastornos mentales, Jano, N° 1720.

38. Westermeyer, J. (2006). Comorbid schizophrenia and substance abuse: a review of epidemiology and course. American Journal of Addictions, 15, 345-355.

39. Regier D.A., Farmer M.E., Rae D.S., Locke B.Z., Keith S.J., Judd L.L. y Goodwin F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA, 264, 2511-2518.

40. Gálvez J, Rincón D. (2008). Manejo clínico de pacientes con diagnóstico dual. Evaluación diagnóstica de los pacientes farmacodependientes que sufren de comorbilidad psiquiátrica. Revista colombiana de psiquiatría, Vol. 37 N° 3.

41. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babin F. (2012) Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.).

42. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, Muñoz R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. Arch Gen Psychiatry; 26:57-63.

43. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry; 5:773-82.

44. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3.^a ed. (DSM-III) (1981). Washington DC: American Psychiatric Association.

45. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3.^a ed. Revised (DSM-III) (1987). Washington DC: American Psychiatric Association.

46. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.^a ed. Revised (DSM- IV) (1994). Washington DC: American Psychiatric Association.

- 47. Torrens M, Martínez D, Szerman N. (2009).** Patología dual protocolos de intervención en Depresión. Sociedad española de patología dual, Editorial: EDIKAMED, 1º edición, pp.2-5.
- 48. Roncero C, Barral C, Grau-López L, Esteve O, Casas M. (2010).** Patología dual protocolos de intervención en Esquizofrenia. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, 1º edición, pp.: 1-15.
- 49. Goikolea JM, Vieta E. (2012).** Patología dual protocolos de intervención en Trastorno bipolar. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-15.
- 50. Pinedo M, Cerdón R, Hernández A, Ortiz M, Perrino C, Terrazas E, Pérez P, Liria A, Llovera N, Paz G, Cases J, Goikolea J, Forteza G, Rodríguez J, Navarro L, Ruiz C, Gimeno C, Granger M, Zilbermann L. (2012).** Guía de práctica clínica sobre trastorno bipolar, Asociación española de neuropsiquiatría, Ministerio de Sanidad, ed 1º, Madrid, pp.:21-26.
- 51. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C, Abelson JM, Zhao S. (1997).** The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. Psychol. Med; 27(5): 1079-89.
- 52. Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, Dawson DA, Chou SP, et al. (2005).** Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry;66(10):1205-15.
- 53. Merikangas KR, Jin R, He JP, Kessler RC, Lee S, et al. (2011).** Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. Arch Gen Psychiatry. ;68(3):241-51.
- 54. McEachin RC, Chen H, Sartor MA, Saccone SF, Keller BJ, et al.(2010).** A genetic network model of cellular responses to lithium treatment and cocaine abuse in bipolar disorder. BMC Syst Biol.; 4:158.
- 55. Kessler RC, Chiu WT, Jin R, Ruscio AM, Shear K, Walters EE. (2006).** The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry; 63: 415-24.
- 56. Sáiz P, Díaz E, García MP, Gonzales P, García J. (2011).** Patología dual protocolos de intervención en Ansiedad. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-12.

- 57. Álvarez C, Arias F, Basurte I, Bobes J, Bousoño M, Casas M, Castells X, Didia-Attas J, Fernández R, García M, Henche A, Jiménez L, Martínez S, Martínez J, Negrete J, Ochoa E, Peris L, Ponce G, Poyo F, Szerman N, Vicens E. (2007).** Patología Dual en Esquizofrenia, Editorial Glosa, Barcelona, ed. 1º, pp: 19-24.
- 58. Peris L, Balaguer A. (2010).** Patología dual protocolos de intervención en trastorno de la personalidad. Sociedad española de patología dual, Editorial EDIKAMED, Barcelona, ed. 1º, pp.: 1-20.
- 59. Bobes J, Casas M, Gutiérrez M. (2006).** Manual de trastornos adictivos, Sociedad española de toxicomanías, Editorial Enfoque, 1º edición, pp.: 144.

ANEXOS

ANEXO 1

| OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--|---|------------------|--|---|
| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | DEFINICIÓN | CATEGORIAS | NIVELDE MEDICIÓN | FUENTE DE RECOLECCIÓN | TECNICA DE RECOLECCIÓN |
| Patología dual | Cualitativa dicotómica | Coexistencia de uno o varios TMCS y de uno o varios TMNRS | a. Presencia de patología dual b. Ausencia de patología dual | Nominal | a. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0 b. Historia clínica del paciente | a. Encuesta b. Revisión de datos recogidos en historia clínica |
| VARIABLE | TIPO DE VARIABLE | CATEGORIAS | | NIVELDE MEDICIÓN | FUENTE DE RECOLECCIÓN | TECNICA DE RECOLECCIÓN |
| Sexo | Cualitativa dicotómica | a. Masculino b. Femenino | | Nominal | Cuestionario de características sociodemográficas | Encuesta |
| Edad | Cuantitativa | Hasta 99 años | | Ordinal | Cuestionario de características sociodemográficas | Encuesta |
| Estado civil | Cualitativa politómica | a. Soltero/a b. Casado/a c. Unión libre d. Divorciado/a e. Viudo/a | | Nominal | Cuestionario de características sociodemográficas | Encuesta |
| Convivencia | Cualitativa politómica | a. Solo/a b. Familia propia c. Familia origen d. Institución | | Nominal | Cuestionario de características sociodemográficas | Encuesta |

| | | | | | | |
|---|---------------------------|---|---------|---|---|--|
| | | e. Otros | | | | |
| Estudios | Cualitativa politómica | a. Sin estudios b. Primarios c. Secundarios d. Universitarios e. Otros | Ordinal | Cuestionario de características sociodemográficas | Encuesta | |
| Situación laboral | Cualitativa politómica | a. Labores domésticas sin remuneración b. Activo c. Sin trabajar d. Incapacitado e. Jubilado f. Otra situación | Nominal | Cuestionario de características sociodemográficas | Encuesta | |
| Patología orgánica no psiquiátrica asociada | Cualitativa politómica | a. Presente b. Ausente | Nominal | Cuestionario de características sociodemográficas | Revisión de datos recogidos en historia clínica | |
| Lugar de hospitalización del paciente | Cualitativa dicotómica | a. Unidad de salud mental b. Unidad de drogodependencia | Nominal | Cuestionario de características sociodemográficas | Encuesta | |
| Tipo de trastorno mental no relacionado con sustancias | Cualitativa politómica | a. Episodio depresivo mayor b. Trastorno distímico c. Riesgo de suicidio d. Episodio (hipo)maníaco e. Trastorno de angustia f. Agorafobia g. Fobia social h. Trastorno obsesivo compulsivo i. Estado por estrés | Nominal | a. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0 b. Historia clínica del paciente | a. Encuesta b. Revisión de datos recogidos en historia clínica | |

| | | | | | | |
|--|------------------------|--|--|--|---|--|
| | | | postraumático j. Trastornos sicóticos k. Anorexia nerviosa l. Bulimia nerviosa m. Trastorno de ansiedad generalizada n. Trastorno antisocial de la personalidad | | | |
| Consumo de alcohol u otras sustancias psicoactivas | Cualitativa politómica | a. Alcohol b. Estimulantes c. Cocaína d. Narcóticos e. Alucinógenos f. Inhalantes g. Marihuana h. tranquilizantes i. otras sustancias. | Nominal | a. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional 5.0, modulo K y J b. Historia clínica del paciente | a. Encuesta b. Revisión de datos recogidos en historia clínica | |
| Motivo de consulta | Cualitativa politómica | a. Paciente nuevo b. Paciente en seguimiento c. Sin especificar | Nominal | a. Cuestionario de características sociodemográficas b. Historia clínica del paciente | Encuesta | |
| Presencia de 2 ó mas diagnósticos psiquiátricos | Cualitativa dicotómica | a. Si b. No | Nominal | a. MINI Entrevista b. Historia clínica del paciente | Encuesta Revisión de datos recogidos en historia clínica | |
| Consumo de 2 ó mas sustancias | Cualitativa dicotómica | a. Si b. No | Nominal | a. MINI Entrevista b. Historia clínica del paciente | Encuesta Revisión de datos recogidos en HCL | |

ANEXO 2

ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

TITULO: PATOLOGIA DUAL Y SUS CARACTERISTICAS CLINICAS Y SOCIODEMOGRAFICAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO PSIQUIATRICO “SAGRADO CORAZON DE JESUS” DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL MES DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2012

Fecha: _____

Unidad de hospitalización: _____

Sexo: F ☐ M ☐

Edad: _____ **Nº de HCL:** _____

Motivo de consulta:

- a. Paciente nuevo
- b. Paciente en seguimiento
- c. Sin especificar

¿Cuál es su estado civil?

- a. Soltero/a
- b. Casado/a
- c. Unión libre
- d. Divorciado/a

¿Con quién vive usted?

- a. Solo/a
- b. Familia propia
- c. Familia origen
- d. Institución
- e. Otros: _____

¿Hasta qué nivel de instrucción estudió?

- a. Sin estudios
- b. Primarios
- c. Secundarios
- d. Universitarios
- e. Otros: _____

¿Cuál es su situación laboral actual?

- a. Labores domésticas sin remuneración
- b. Activo
- c. Sin trabajar
- d. Incapacitado
- e. Jubilado
- f. Otra situación: _____

Patología orgánica no psiquiátrica asociada:

Tipo de trastorno mental no relacionado con sustancias

- a. Episodio depresivo mayor
- b. Trastorno distímico
- c. Riesgo de suicidio
- d. Episodio (hipo)maníaco e. Trastorno de angustia
- e. Agorafobia
- f. Fobia social
- g. Estado por estrés postraumático
- h. Trastornos sicóticos
- i. Anorexia nerviosa
- j. Bulimia nerviosa
- k. Trastorno de ansiedad generalizada
- l. Trastorno antisocial de la personalidad

Tipo de sustancia psicoactiva que consume:

- a. Alcohol
- b. Estimulantes
- c. Cocaína
- d. Narcóticos
- e. Alucinógenos
- f. Inhalantes
- g. Marihuana
- h. Tranquilizantes
- i. Otras sustancias: _____

Presencia de dos ó más diagnósticos psiquiátricos

- a. Si
- b. No

Consumo de dos o más sustancias psicoactivas

- a. Si
- b. No

Patología dual:

Presente

☐

Ausente

☐

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO: Patología dual y sus características clínicas y sociodemográficas en pacientes hospitalizados en el Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón de Jesús” de la ciudad de Quito durante el mes de Septiembre del año 2012.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Milton Bustos Flores

DONDE SE REALIZARÁ EL ESTUDIO: Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón de Jesús” de la ciudad de Quito

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

El estudio que se está llevando a cabo tiene como objetivo principal mejorar la atención sanitaria, mediante la detección de pacientes que pueden presentar un cuadro clínico conocido como **patología dual**, el cuál describe una condición en que la persona presenta un trastorno de drogodependencia y a la vez un problema psiquiátrico; situación que puede interferir en la mejoría de los pacientes si no se trata adecuadamente, como ya lo han evidenciado estudios internacionales realizados anteriormente

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizará una entrevista clínica estructurada la cual tomará aproximadamente 30 min para su realización y en la que se le van hacer unas preguntas precisas sobre problemas psicológicos/drogodependencia y sus antecedentes médicos.

ACLARACIONES:

- a. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- b. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- c. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- d. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- e. No recibirá pago por su participación.
- f. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- g. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores

Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el director médico del Instituto Psiquiátrico “Sagrado Corazón de Jesús”, Dr. Ericson Toscano, para su realización.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria, he sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Por tanto CONVENGO EN PARTICIPAR voluntariamente en este estudio de investigación.

Firma del entrevistado o tutor

Firma de Testigo

Fecha: _____

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Firma del entrevistador

Fecha: _____

ANEXO 4

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Recursos Humanos:

Autor de la tesis

Director de la tesis

Tutor metodológico

Tercer lector

Recursos económicos:

| DETALLE DE GASTOS | COSTO (Dólares) |
|--|-----------------|
| Trabajo del autor representado por horas laborables para el tiempo promedio de investigación | 1600 |
| Copias y Papelería | 30 |
| Movilización | 30 |
| Impresiones | 40 |
| CD's y empastados | 20 |
| Pagos administrativos | 1180 |
| TOTAL | 2900 |

Cronograma:

| ACTIVIDAD | Meses año 2012 | | | | | | | Meses año 2013 |
|--------------------------|----------------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|----------------|
| | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | Noviembre | Diciembre | Enero |
| Escritura del protocolo | → | | | | | | | |
| Aprobación del protocolo | | | → | | | | | |
| Recolección de datos | | | | → | | | | |
| Elaboración informe | | | | | | → | | |
| Publicación y defensa | | | | | | | → | |

ANEXO 5